



Regione Lombardia

ASL MILANO DUE

**Azienda Sanitaria Locale
della Provincia di Milano 2**

Dipartimento ASSI
Dipartimento tf delle Dipendenze

Consiglio Nazionale delle Ricerche
Istituto di Fisiologia Clinica
Sezione di Epidemiologia e
Ricerca sui Servizi Sanitari



**Osservatorio Territoriale Droga e Tossicodipendenze
Il Fenomeno delle Dipendenze
sul Territorio della ASL MI 2
Anno 2007—VIII Rapporto**

Gli autori del rapporto sono:

Giovanni Strepparola*
Tatiana De Nisco*
Manuela Bignamini*
Silvia Bravin*
Luisa Buzzi*
Donatella Crescini*
Raffaella Curioni*
Chiara De Rossi*
Enrico Donadeo*
Anna Ferrari*
Adriano Gasparetti*
Elena Mason*
Alessandra Meconi*
Sergio Salviati*
Alfio Lucchini*
Claudia Luppi**
Valentina Lorenzoni**
Valeria Siciliano**
Luca Bastiani**
Emanuela Colasante**
Mercedes Gori**
Annalisa Pitino**
Stefano Salvadori**
Marco Musu**
Matilde KaraKachoff**
Michele De Nes**
Sabrina Molinaro**
Fabio Mariani**

*ASL MI2

**Istituto di Fisiologia Clinica CNR Sezione di Epidemiologia e Ricerca sui Servizi Sanitari

Un sentito ringraziamento va al personale del Servizio e del Dipartimento delle Dipendenze che ha collaborato a fornire i dati: Paolo Schembri e Marina Barbiera per i dati relativi alle strutture del privato sociale e ai responsabili di UO, Antonio Colaianni, Marta Torriani, Cinzia Assi, Guglielmo Campione e Giampiero Ferrario per il lavoro di commento e di approfondimento che ha fatto seguito all'analisi dei dati.

Si ringrazia inoltre il Sig. Maurizio Bonaccolto ed il Dott. Luigi Santini, del Dipartimento di Prevenzione ASL MI2, per il contributo fornito all'estrazione delle SDO.

Ringraziamo in modo particolare tutti gli operatori delle strutture pubbliche e private coinvolte i quali, attraverso la loro disponibilità ed interesse a collaborare, hanno permesso concretamente la realizzazione del presente studio.

Si ringrazia infine il gruppo di Ricerca dell'Istituto di Fisiologia Clinica del CNR (Rosanna Panini, Stefanella Pardini, Andrea Boni, Gabriele Trivellini, Cristina Doveri, Loredana Fortunato, Federica Pieroni.)

INDICE

Prefazione del Direttore del Dipartimento delle Dipendenze

1. Contesto e politiche regionali e locali

1.1	Quadro giuridico.....	11
1.2	Quadro istituzionale, strategie e politiche.....	15
1.3	I Progetti del Fondo Nazionale Politiche Sociali.....	23
1.4	Bilancio ASL e budget del SerT.....	32

2. Uso di droghe nella popolazione

2.1	Consumi psicoattivi nella popolazione generale.....	43
2.2	Consumi psicoattivi nei giovani scolarizzati.....	50
2.3	Il policonsumo.....	64
2.4	Contesto sociale e culturale.....	67

3. Prevenzione

3.1	Prevenzione universale.....	73
3.2	Prevenzione selettiva e mirata: i Centri di Aggregazione Giovanile.....	76

4. I consumatori problematici di droghe

4.1	Profilo dei soggetti in trattamento presso i SerT.....	83
4.2	Profilo dei soggetti in trattamento presso i NOA	93
4.3	Profilo dei soggetti inviati presso Comunità Terapeutiche....	99
4.4	Profilo dei soggetti in carcere.....	104
4.5	Consumo problematico di sostanze psicoattive.....	109
4.6	Analisi dei tempi di latenza.....	112
4.7	Mappatura territoriale dell'utenza.....	116

5. Trattamenti ed interventi

5.1	Rete dei servizi pubblici e del privato sociale	129
5.2	Trattamenti diagnostico/terapeutico/riabilitativi farmacologicamente assistiti e non farmacologicamente assistiti.	137
5.3	Interventi di riduzione del danno e limitazione dei rischi.....	149

6. Implicazioni e conseguenze per la salute

6.1	Decessi droga correlati e mortalità nei consumatori di droga.....	167
6.2	Malattie infettive droga correlate.....	169
6.3	Ricoveri alcol e droga correlati.....	178

7. Implicazioni e conseguenze sociali

7.1	Segnalazioni alle Prefetture.....	185
7.2	Reati droga correlati.....	190
7.3	Caratteristiche dei soggetti entrati negli istituti penitenziari.....	193

8. Risposte alle implicazioni e conseguenze sociali

8.1	Reinserimento sociale.....	199
8.2	Misure alternative al carcere per tossicodipendenti.....	202

9. Analisi dei costi e prestazioni

9.1	Le prestazioni tariffarie.....	207
9.2	Simulazione dei ricavi da prestazioni tariffarie nel 2006.....	212
9.3	Le prestazioni rese a soggetti con diversa sostanza d'abuso primaria.....	215
9.4	Analisi dei cluster.....	223

10. Mercato della droga

10.1	Disponibilità ed offerta.....	229
10.2	Operazioni antidroga.....	233
10.3	Prezzo e purezza.....	235

Allegati riportati nel CD-ROM

PREFAZIONE

L'analisi del fenomeno delle dipendenze nel territorio della Azienda Sanitaria Locale Provincia di Milano Due rappresenta l'ottavo rapporto pubblicato dall'OTDT del Dipartimento delle Dipendenze.

Come avviene da anni, le analisi e gli approfondimenti contenuti contribuiranno in modo importante a rendere questo strumento utile alla programmazione territoriale di settore e al sistema di controllo di gestione aziendale.

La maggior parte delle analisi epidemiologiche e tutti gli aspetti non convenzionali ed innovativi sono stati possibili grazie alla collaborazione con il CNR di Pisa, che ringrazio per l'impegno personale dei suoi esperti anche al di là dei compiti definiti.

Devo segnalare con piacere l'ampia partecipazione di operatori delle varie Unità Operative del Dipartimento alla riflessione e poi alla stesura del rapporto.

Non voglio entrare nel merito della illustrazione dei capitoli del rapporto e mi limito ad alcune considerazioni.

Il rapporto, basato sui dati 2006 con alcune importanti escursioni nel 2007, appare veramente completo. Nell'invitare il lettore al diretto approfondimento dei suoi contenuti, mi limito a sottolineare alcuni elementi rappresentativi dell'evolvere del fenomeno sul territorio. Aumentano ancora i soggetti in cura alle UO SerT per uso di cocaina: tra i nuovi utenti, questi superano oramai il 50% e sopravanzano i nuovi utenti da eroina del 20% circa. L'impatto dei servizi alcolologici sul territorio è sempre più evidente, con un progressivo incremento dell'utenza in carico.

Queste informazioni vanno però lette alla luce delle stime di prevalenza, condotte anche quest'anno, che confermano una forte presenza di consumatori problematici di alcol, eroina e cocaina sul territorio della ASL MI2 e alla luce delle indagini di popolazione condotte dal CNR, qui pubblicate in forma di confronto tra la nostra zona e le tendenze regionali e nazionali. Anche queste indagini, ricche di informazioni e suggestioni, confermano che tra la popolazione generale e giovanile i consumi di sostanze sia legali che illegali sono diffusi e preoccupanti e meritano l'attenzione dei programmatori di politiche sanitarie e di educazione alla salute.

Il lettore potrà farsi una idea della complessità dei fenomeni di consumo, abuso e dipendenza, e delle loro relazioni intrinseche ed esterne. L'analisi è organizzata dalla valutazione delle tendenze dei fenomeni sul territorio fino agli interventi di prevenzione cura e riabilitazione. Questo continuum rappresenta la chiave per affrontare con una visione realistica il "che fare".

Il rapporto illustra chiaramente quanto "si faccia" nel territorio della ASL MI2 e richiama tutti i soggetti istituzionali a concorrere alla tutela dei cittadini con problemi di abuso e dipendenza da sostanze o comportamenti additivi.

L'Osservatorio ha raggiunto un elevato standard di servizio utile per rappresentare la base per la redazione del Piano annuale di programmazione del Dipartimento recepito ampiamente nel fondamentale atto di

programmazione e coordinamento dei servizi sanitari e socio sanitari curato dalla Azienda Sanitaria Locale.

L'ampio spazio dedicato alle "regole" regionali e alla riorganizzazione della direzione sociale della ASL giunge in un momento delicato. Mentre scrivo inizia la fase applicativa della delibera di giunta regionale n. 5509 del 10 ottobre 2007 che accelera l'applicazione di alcuni principi cardine della filosofia regionale per il settore e i servizi accreditati.

Ebbene ai professionisti dei servizi spetta attestare, con l'impegno e la competenza, il sostegno alle più moderne prassi di lettura dei fenomeni, il supporto operativo ad avanzate procedure istituzionali e l'intervento preventivo e clinico.

Dott. Prof. Alfio Lucchini

Direttore del Dipartimento tecnico funzionale delle Dipendenze

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Alfio Lucchini', with a stylized, cursive script.

Cernusco sul Naviglio, 1° dicembre 2007

1. CONTESTO E POLITICHE REGIONALI E LOCALI

1.1 Quadro giuridico

- 1.1.1 Ruolo delle ASL nei confronti del territorio

1.2 Quadro istituzionale, strategie e politiche

- 1.2.1 La popolazione residente nel 2005 per distretto, sesso e fasce d'età
- 1.2.2 Organigramma del nuovo assetto del Dipartimento ASSI
- 1.2.3 Il documento di "Programmazione e coordinamento dei servizi sanitari e socio-sanitari" anno 2005

1.3 I Progetti del Fondo Nazionale Politiche Sociali

- 1.3.1 Sistemi di monitoraggio degli interventi
- 1.3.2 Sistema di valutazione degli interventi
- 1.3.3 I Progetti

1.4 Bilancio ASL e budget del SerT

- 1.4.1 Diagnosi e trattamento delle dipendenze e delle patologie ad esse correlate
- 1.4.2 Prevenzione
- 1.4.3 Programmazione, coordinamento e qualità

1. CONTESTO E POLITICHE REGIONALI E LOCALI

1.1 QUADRO GIURIDICO REGIONALE

La Giunta regionale della Lombardia ha assunto nel 2006 una "Determinazione in ordine alla gestione del servizio socio-sanitario regionale per l'esercizio 2007", denominata altrimenti "regole di sistema". Alla Determinazione sono allegate le specifiche che declinano il ruolo e gli obiettivi delle ASL per l'anno corrente, che riportiamo sinteticamente.

Per l'anno 2007 si proseguirà nel percorso individuato nell'anno 2006 con l'intento di rafforzare le attività di coordinamento, indirizzo e controllo delle ASL rispetto agli interventi sanitari, sociosanitari e all'integrazione con il sociale, e le attività di presidio sanitario specialistico territoriale delle AO, confermando i principi di carattere generale che sono alla base della politica sanitaria lombarda.

1.1.1 Ruolo delle ASL nei confronti del territorio come soggetti di coordinamento dei servizi sanitari e socio-sanitari

Le ASL devono proseguire nello sviluppo del coinvolgimento responsabile dei soggetti presenti nel territorio relativamente alle scelte programmatiche connesse ai bisogni assistenziali attraverso la valorizzazione del ruolo degli organismi per la partecipazione.

Analogamente, è importante proseguire il percorso di coinvolgimento delle istituzioni territoriali, in particolare dei Comuni, che hanno tra le proprie funzioni il compito di interpretare i bisogni di assistenza della propria collettività; il loro ruolo deve essere "responsabilizzato" in funzione delle risorse a disposizione delle aziende sanitarie, fatta salva la facoltà degli stessi di intervenire con risorse proprie.

A tale proposito ciascuna ASL anche nell'anno 2007 dovrà predisporre un documento programmatico denominato "Programmazione e coordinamento dei servizi sanitari e socio sanitari" nel quale saranno indicate le politiche adottate dalla ASL stessa in campo ospedaliero, ambulatoriale, dei servizi territoriali, dei servizi socio sanitari e le correlate risorse disponibili.

Per la definizione degli interventi programmatici e gestionali predisposti in ambito territoriale, da ciascuna ASL, si individuano momenti di coordinamento quale livello di confronto sulle scelte e sulle attività di competenza delle Aziende Sanitarie Locali, Ospedaliere ed erogatori privati in settori strategici del Servizio Sanitario Regionale, tra cui, in particolare, quelli dell'alta specialità (a titolo esemplificativo si individua il seguente elenco: della ricerca biomedica tecnologia sanitaria della formazione universitaria, dell'emergenza urgenza, della psichiatria e neuropsichiatria infantile, del fabbisogno di personale, di tematiche connesse con la contiguità territoriale, di aspetti collaborativi utili sia in ambito gestionale che erogativi, della programmazione ai servizi specialistici e a "alta tecnologia", ecc).

Per il perseguimento degli obiettivi di cui al comma precedente, la Regione Assessorato promuove la realizzazione di "Tavoli di Confronto" per specifici settori funzionali di intervento, ove sono concordati gli indicatori ed i criteri epidemiologici che sovrintendono all'attivazione di Aree di Coordinamento Territoriale che coinvolgeranno in modo articolato dal punto di vista geografico le varie ASL.

Le valutazioni espresse in questi Tavoli di Confronto a promuovere una migliore erogazione delle prestazioni sotto il profilo della qualità, efficacia ed'efficienza dei servizi e quindi dell'appropriatezza. A tal fine utilizzando anche le valutazioni emerse dai Tavoli di Confronto, l'Assessorato alla Sanità procederà all'elaborazione di apposite indicazioni per le ASL.

La programmazione delle ASL dovrà altresì tener conto dei livelli di partecipazione ai Piani di Zona, ai fini dell'integrazione degli interventi di carattere sanitario con gli interventi di natura sociale la cui titolarità è dei Comuni, prevedendo quale momento di confronto, l'Assemblea dei Sindaci; ulteriori momenti di confronto sono previsti dai Tavoli del Terzo Settore istituiti dalle ASL. L'Assessorato alla Famiglia procederà a tal fine all'elaborazione di apposita indicazione per le ASL.

Le ASL, sulla base anche degli indirizzi ricevuti ed in particolare delle indicazioni di carattere sistemico, di area territoriale e di ambito di specifica competenza, previa consultazione della Conferenza dei Sindaci e dei soggetti di sistema pubblici e privati presenti sul territorio, presenteranno (ai soggetti consultati) una prima bozza del documento entro il 15.12.2006 gennaio, in modo che gli stessi possano disporre del tempo sufficiente per un approfondimento e per eventuali ulteriori suggerimenti/proposte. Il documento, nella sua versione conclusiva, sarà riproposto agli stessi soggetti, di cui al periodo precedente, in tempo utile (e comunque entro e il 15.02.2007) per consentire una valutazione finale; la presentazione definitiva dovrà avvenire entro il 31 gennaio 2007.

Le ASL, ai sensi delle norme vigenti e nell'ambito del quadro di risorse delineato con il presente provvedimento e con gli atti applicativi conseguenti, sono tenute a garantire l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza per i propri cittadini e saranno finanziate con l'assegnazione della quota capitaria pro-capite/assistibile.

Per assistibili si intendono quei cittadini che, secondo i criteri concordati fra la Direzione Generale Sanità e i responsabili delle ASL stesse, alla data del 15 novembre 2006 sono risultati in carico alla ASL di competenza. Per rispettare la coerenza e la competenza dei costi le ASL disporranno precisi indirizzi agli erogatori, pubblici e privati, per la verifica, sulle documentazioni di ricovero e/o delle altre prestazioni, della situazione degli assistiti segnalando separatamente i cittadini residenti e quelli domiciliati nonché quelli stranieri appartenenti alla UE o extracomunitari, al fine di individuare correttamente quali di questi ultimi rientrano nella casistica prevista dalle norme vigenti ai fini del rimborso da parte delle Prefetture.

Nell'anno 2007 si continuerà il percorso di razionalizzazione iniziato nel 2006 realizzando una riduzione progressiva degli scostamenti tra i costi storici, la media regionale di consumi e la quota capitaria in modo da raggiungere l'equilibrio in un triennio.

Si procederà inoltre a ricondurre nel finanziamento per quota capitaria le risorse per attività sanitarie che, basandosi sulle valutazioni delle attività svolte negli ultimi anni, si possono considerare ormai "attività di sistema" (es. vaccinazioni, screening) da garantire in modo omogeneo su tutto il territorio regionale.

Per l'anno 2007 i contratti relativi alle prestazioni di ricovero, in relazione alle interconnessioni territoriali della molteplicità degli erogatori, saranno ancora coordinati dalle linee di indirizzo della presente deliberazione, fatto salvo quanto riferito al successivo allegato 9.

Il governo della specialistica, invece, sarà sostanzialmente affidato alle ASL.

In proposito si richiama anticipatamente il contenuto dell'allegato n. 9, del presente provvedimento, precisando che le ASL non potranno ridurre l'ammontare di tali risorse (ricoveri e specialistica) se non a fronte di documentata e manifesta inappropriata delle prestazioni erogate o di documentata riduzione della domanda espressa di prestazioni e nel rispetto del mantenimento degli obiettivi in tema di tempi di attesa sia sulle prestazioni di ricovero che di specialistica.

L'Allegato 16 organizza le regole che riguardano le Linee di programmazione e di indirizzo dei servizi socio-sanitari e di riabilitazione afferenti alla competenza della Direzione Generale Famiglia e solidarietà sociale.

Coerentemente alla linea programmatico-finanziaria avviata lo scorso anno con la DGR 12 dicembre 2005, n. 1375, relativa alle "Regole" per la gestione del sistema socio sanitario regionale per l'anno 2006, nel rispetto della vigente normativa nazionale e regionale, nonché dei correlati provvedimenti nazionali e regionali, si prosegue nel 2007, con decorrenza 01/01/2007, il blocco di nuovi accreditamenti nonché dell'ampliamento di accreditamenti relativamente alle seguenti unità d'offerta/tipologie d'intervento e fatti salvi i casi definiti ai punti successivi:

- Strutture per la riabilitazione nelle aree specialistica, generale e geriatrica, di mantenimento
- Residenze Sanitario Assistenziali per anziani (RSA)
- Centri Diurni Integrati per anziani (CDI)
- Residenze Sanitario Assistenziali per disabili (RSD)
- Centri Diurni per Disabili (CDD)
- Comunità Socio Sanitarie per disabili (CSS)
- Hospice
- Servizi per le Dipendenze
- Assistenza domiciliare integrata/Voucher socio-sanitario (ADI/VSS).

Nel corso del 2007 saranno accreditabili i Consultori familiari e le unità d'offerta RSA, RSD, Hospice, CDI, CDD, CSS e Servizi Dipendenze realizzate con finanziamenti statali o regionali, nonché relative ai seguenti casi per le motivazioni specificamente indicate:

- **Residenze Sanitario Assistenziali per anziani:**
 - posti letto realizzati o che verranno realizzati sul territorio della sola ASL Città di Milano, per i quali sia giunta comunicazione del permesso di costruire alla competente Direzione Generale Famiglia e solidarietà sociale entro lo scorso 30 settembre 2005, qualunque fosse lo stato di avanzamento dei lavori di edificazione a quella data, così come previsto dalla DGR 16 dicembre 2004, n.19688 e dalla DGR 12 dicembre 2005, n. 1375
- **Residenze Sanitario Assistenziali per disabili:**
 - posti letto derivanti dal compimento del processo di riconversione dei Centri residenziali e degli Istituti educativo assistenziali per handicappati
 - posti letto autorizzati e operanti con utenza effettiva al 31 ottobre 2006, nei limiti stabiliti con successivo provvedimento

- **Centri Diurni per Disabili:**

- posti per i quali era stata presentata domanda di riconversione da parte dei gestori di Centri socio educativi il 31 maggio 2005, ferma restando la necessità del parere favorevole dell'ASL o della perizia asseverata

- **Hospice**

- posti letto autorizzati e operanti con utenza effettiva al 31 ottobre 2006, nei limiti stabiliti con successivo provvedimento

- **Servizi per le dipendenze**

Il processo di accreditamento stabilito con la DGR 7 aprile 2003, n. 12621, che ha introdotto elementi di flessibilità e specializzazione nell'organizzazione dei servizi delle dipendenze, ha portato ad un sistema di intervento diffuso su tutto il territorio regionale e articolato nelle varie tipologie.

In questi ultimi anni, a partire dall'iniziale riorganizzazione, la rete dei servizi si è sostanzialmente stabilizzata, confermando in ogni ASL il volume accreditato seppur con articolazioni e modulazioni interne.

A fronte dei rapidi cambiamenti legati all'evoluzione del fenomeno delle dipendenze è opportuno prevedere un'eventuale e ulteriore modulazione dell'offerta e disporre per il 2007 l'accREDITamento di:

- **servizi multidisciplinari integrati,**
- **servizi residenziali e semiresidenziali** autorizzati e operanti con utenza effettiva al 31 ottobre 2006, nei limiti stabiliti con successivo provvedimento
- **trasformazioni in moduli** (posti di accoglienza e di trattamento specialistico) all'interno di servizi residenziali e semiresidenziali già accreditati, a condizione di non ampliare la capacità complessivamente accreditata.

Attività socio-sanitarie a budget

Anche nel 2007, per le attività dei Centri Diurni Integrati per anziani, dei Centri Diurni per disabili e dell'Assistenza Domiciliare Integrata/Voucher socio-sanitario ogni ASL dovrà negoziare il relativo *budget* con gli Enti gestori.

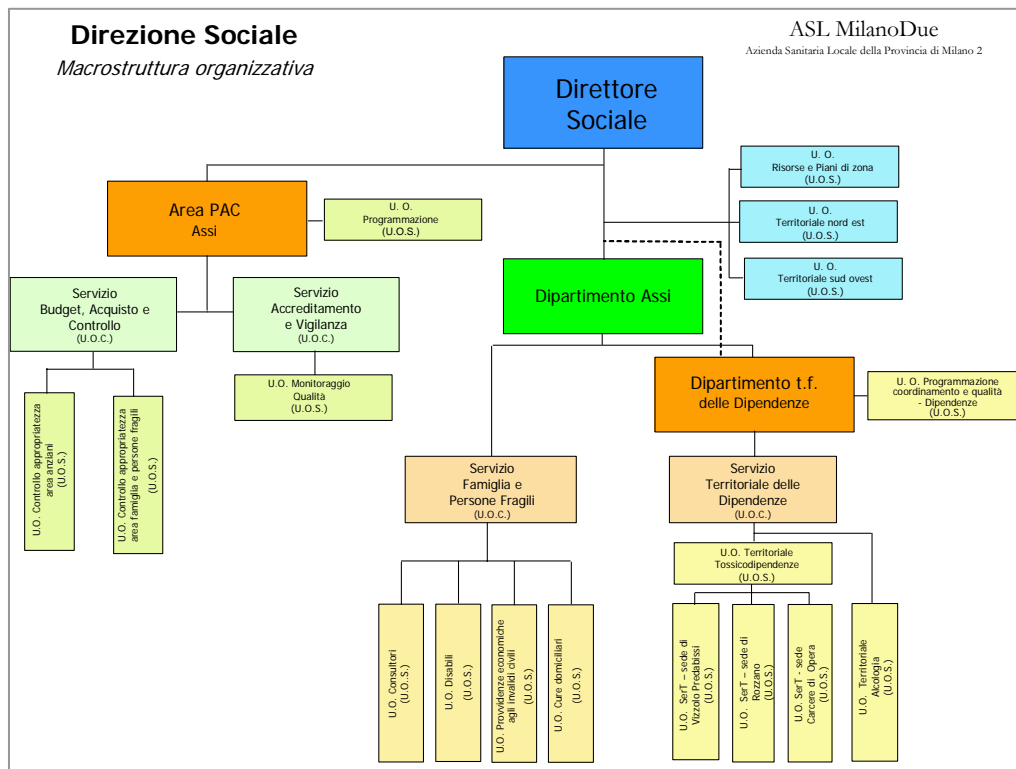
1.2. QUADRO ISTITUZIONALE, STRATEGIE E POLITICHE

1.2.1 La popolazione residente nel 2005 per distretto, sesso e fasce d'età.

Popolazione residente 2005

		D 1	D 2	D 3	D 4	D 5	D 6	D 7	TOT. x sex	TOTALE
0-4	M	1.492	2.740	2.186	2.996	1.952	1.248	1.838	14.452	28.066
	F	1.401	2.537	2.145	2.782	1.830	1.262	1.657	13.614	
5-9	M	1.287	2.493	2.226	2.669	1.885	1.228	1.780	13.568	26.552
	F	1.254	2.422	2.060	2.517	1.822	1.195	1.714	12.984	
10-14	M	1.301	2.359	2.072	2.531	1.759	1.243	1.761	13.026	25.292
	F	1.211	2.224	1.921	2.392	1.742	1.160	1.616	12.266	
15-19	M	1.262	2.211	2.050	2.449	1.800	1.259	1.653	12.684	24.511
	F	1.154	2.191	1.900	2.201	1.646	1.152	1.583	11.827	
20-24	M	1.242	2.367	2.235	2.573	1.924	1.319	1.589	13.249	26.096
	F	1.203	2.479	2.037	2.502	1.822	1.233	1.571	12.847	
25-29	M	1.618	3.212	2.829	3.299	2.492	1.479	1.904	16.833	33.695
	F	1.620	3.262	2.727	3.401	2.422	1.496	1.934	16.862	
30-34	M	2.356	4.594	3.671	4.735	3.333	2.048	2.762	23.499	46.145
	F	2.191	4.324	3.554	4.559	3.117	2.027	2.874	22.646	
35-39	M	2.578	4.831	3.979	5.089	3.645	2.256	3.369	25.747	50.358
	F	2.391	4.644	3.672	4.934	3.430	2.202	3.338	24.611	
40-44	M	2.440	4.467	3.734	4.679	3.384	2.201	3.137	24.042	47.881
	F	2.416	4.310	3.695	4.704	3.227	2.310	3.177	23.839	
45-49	M	1.997	3.609	3.136	3.885	2.850	1.916	2.457	19.850	39.535
	F	1.965	3.651	3.171	3.858	2.738	1.835	2.467	19.685	
50-54	M	1.725	3.285	2.789	3.538	2.514	1.686	2.089	17.626	35.883
	F	1.823	3.385	3.036	3.658	2.554	1.612	2.189	18.257	
55-59	M	1.908	3.481	3.035	3.829	2.644	1.552	2.309	18.758	38.263
	F	1.850	3.659	3.161	4.004	2.723	1.564	2.544	19.505	
60-64	M	1.417	2.974	2.558	2.976	2.069	1.228	2.108	15.330	31.399
	F	1.460	3.183	2.739	3.123	2.062	1.208	2.294	16.069	
65-69	M	1.337	2.944	2.507	2.933	2.137	1.189	2.131	15.178	31.384
	F	1.346	3.335	2.676	3.149	2.300	1.155	2.245	16.206	
70-74	M	953	2.338	1.742	2.105	1.494	740	1.513	10.885	23.581
	F	984	2.742	2.000	2.530	1.903	843	1.694	12.696	
75-79	M	541	1.504	1.137	1.315	1.052	470	868	6.887	16.676
	F	701	2.078	1.489	2.074	1.625	677	1.145	9.789	
80-84	M	245	743	550	678	580	261	410	3.467	10.230
	F	535	1.400	989	1.460	1.166	473	740	6.763	
85-89	M	96	222	158	225	145	64	136	1.046	4.009
	F	261	541	466	674	497	205	319	2.963	
90-94	M	49	95	66	99	72	38	51	470	2.243
	F	149	338	295	422	286	103	180	1.773	
95-99	M	10	12	19	8	14	1	11	75	492
	F	30	84	71	102	62	21	47	417	
>100	M	0	1	4	2	0	0	0	7	44
	F	1	7	11	2	2	1	13	37	
TOT.		51.800	103.278	86.498	107.661	76.721	47.160	69.217	542.335	

1.2.2 Organigramma del nuovo assetto del Dipartimento ASSI



1.2.3 Il Documento di "Programmazione e coordinamento dei servizi sanitari e socio-sanitari" anno 2007

Le "politiche", le azioni e le risorse programmate per il sistema sanitario e socio-sanitario locale

I servizi per le dipendenze

1.2.3.1 Le politiche ispirate da quanto contenuto nell'allegato 16

L'allegato 16 "linee di programmazione e di indirizzo dei servizi socio-sanitari e di riabilitazione afferenti alla competenza della Direzione Generale Famiglia e Solidarietà sociale" prevede un'ulteriore modulazione dell'offerta, disponendo per il 2007 l'accreditamento di:

1. servizi multidisciplinari integrati
2. servizi residenziali e semi-residenziali autorizzati
3. trasformazione di moduli in servizi già accreditati.

L'analisi dei bisogni e delle offerte sul territorio di competenza dei Dipartimenti ASSI e funzionale delle Dipendenze ASL MI2, rispetto ai tre obiettivi di cui sopra evidenzia quanto segue:

1. a conoscenza di chi scrive non vi è al momento in corso di accreditamento alcun servizio multidisciplinare integrato ("SerT privato"), né se ne ravvisa la necessità a partire da un'analisi dei bisogni, considerata la copertura territoriale che attualmente sono in grado di garantire le sedi accreditate del Servizio Territoriale delle Dipendenze, come noto presenti a Gorgonzola, Vizzolo Predabissi,

Rozzano (compreso il SerT presso il carcere di Opera) e Pieve Emanuele;

2. la percentuale di copertura dei posti accreditati delle strutture presenti sul nostro territorio al 30 settembre u.s. è pari all'83%, pur con percentuali diverse nelle diverse strutture; vi è quindi allo stato attuale una "riserva" di posti per ulteriori inserimenti sul territorio; non vi è d'altro canto al momento alcuna richiesta di nuovi accreditamenti di servizi residenziali o semi-residenziali, né di aumento dei posti già accreditati nelle strutture;
3. l'analisi dei bisogni, condotta di concerto con il Comitato degli Accreditati ha invece messo in luce la necessità di una diversa modulazione dell'accoglienza: lo scorso novembre la Struttura Cascina Mazzucchelli di S. Zenone al Lambro (PLORCS) ha così differenziato i suoi trenta posti già accreditati: 20 posti come in precedenza per trattamento terapeutico-riabilitativo di tossicodipendenti ed un nuovo modulo di 10 posti per alcool e polidipendenti; il nuovo modulo, accreditato il 26 novembre scorso è stato definito in contratto con l'ASL l'1 dicembre scorso.

A quanto detto vanno aggiunte considerazioni relative a due aspetti:

- apertura del nuovo Centro Clinico di Lacchiarella
- un aspetto critico va però senz'altro evidenziato: manca sul territorio ASL MI2 un modulo per l'inserimento residenziale di tossico ed alcool-dipendenti con doppia diagnosi; pur non essendo particolarmente rilevante il numero di soggetti che necessitano allo stato attuale di un programma di questo tipo, sarebbe di certo opportuno, per un percorso clinico coerente e integrato, poter gestire questi inserimenti, sul territorio, anche in merito alla loro complessità e alla necessità di un costante monitoraggio.

1.2.3.2 Altre politiche ed azioni del Dipartimento TF e Servizio Territoriale delle Dipendenze

Equilibrio economico

L'analisi dei ricavi da prestazioni tariffate e funzioni del SerT ha evidenziato per il 2005 un introito pari a oltre 3 milioni e 300 mila €, pari a circa il 60% dell'intero budget dipartimentale (compresa la spesa per farmaci e inserimenti in comunità) e al 107% dei costi dovuti alla retribuzione del personale dipendente e consulente. Per l'anno in corso l'analisi non è ancora stata completata. Si fa riferimento a quanto riportato nel budget di Servizio 2007 per quanto riguarda il controllo della spesa.

Sviluppo attività epidemiologiche ed analisi del fenomeno sul territorio

Allo scopo di migliorare la conoscenza del fenomeno "dipendenze" sul territorio ASL MI2 si prevedono le seguenti indagini.

- *Stime di prevalenza e mappatura territoriale dell'utenza in trattamento.* L'analisi è già stata compiuta per l'anno 2005 e prevede la ricollocazione dei soggetti in carico in base al comune di residenza in modo da poter determinare, per ogni comune, la cosiddetta prevalenza osservata, quella stimata e la probabilità a

posteriori per valutare, per ognuno dei comuni che compongono il territorio in esame se la prevalenza di utenza sia significativamente maggiore (o minore) del valore medio di area, preso come riferimento. Le analisi verranno condotte raggruppando le singole tipologie in 3 gruppi distinti: gli oppiacei, i cannabinoidi e gli stimolanti (cocaina, crack, ecstasy, amfetamine e altre sostanze stimolanti).

- *Stime di consumo problematico.* L'acquisizione strutturata di informazione sull'utenza utilizzatrice di sostanze che, in un determinato periodo di tempo, genera richiesta di trattamento sia presso le agenzie preposte che presso strutture non specifiche permette, attraverso l'utilizzo delle adeguate metodologie statistico-epidemiologiche, di stimare la quota di utenza sommersa che, nello stesso periodo di tempo, non ha generato domanda di assistenza. La rilevazione degli utenti trattati nei SerT integrata con altri flussi provenienti da centri di trattamento non specifici per l'utenza tossicodipendente (ad esempio, il flusso proveniente dalle Schede di Dimissione Ospedaliera relative ai ricoveri dei residenti nel territorio con diagnosi associata all'uso di sostanze), consente di fornire valori di stima dei casi prevalenti, e quindi della prevalenza, dei cosiddetti utilizzatori problematici, secondo quanto definito nei protocolli standard dell'Osservatorio Europeo di Lisbona.
- *Indagini sui consumi.* A) *Uso di droghe nella popolazione generale residente.* I dati relativi alle prevalenze dei consumi di sostanze psicotrope illegali nella popolazione residente nella provincia di Milano sono tratti dallo studio IPSAD-Italia® realizzato dal Consiglio Nazionale delle Ricerche. Tale indagine ha lo scopo di monitorare i consumi di alcol, tabacco e droghe nella popolazione, in età compresa tra i 15 ed i 54 anni. La partecipazione è anonima, dal momento che le domande presenti nel questionario inviato a ciascun soggetto non permettono di risalire in nessun modo all'identità di chi lo compila. Allo stato attuale, il maggior dettaglio possibile per il territorio di nostra competenza è fermo al livello provinciale; è previsto per il prossimo anno un campionamento dell'area interessata, in modo da poter fornire anche il dettaglio locale. B) *Uso di droghe nei giovani scolarizzati.* I dati relativi alle prevalenze dei consumi di sostanze psicotrope legali ed illegali fra la popolazione studentesca provengono dallo studio ESPAD-Italia®2005. Tale indagine campionaria nazionale ha lo scopo di monitorare i consumi di alcol, tabacco e droghe negli studenti delle scuole medie superiori attraverso la compilazione di un questionario anonimo auto-somministrato. In tutta la regione Lombardia sono stati intervistati circa 6.400 studenti, dei quali poco meno di 2.200 frequentano scuole situate nella provincia di Milano, e circa 600 scuole appartenenti al distretto dell'ASL MI2. Per il prossimo anno si prevede una sovra-campionatura delle scuole presenti sul nostro territorio in modo da ottenere una migliore stima statistica e pertanto una maggiore accuratezza descrittiva.

- *Dimissioni.* Sulla base di quanto stabilito dalle politiche regionali emergenti dal piano socio-sanitario triennale, con particolare riferimento agli obiettivi di continuità assistenziale territoriale e personale è, in previsione un'analisi delle dimissioni dalle strutture del Servizio Territoriale delle Dipendenze, allo scopo di valutare gli esiti delle stesse e di monitorare il percorso post-dimissione degli utenti, fino alla costruzione di una vera e propria analisi del *follow-up* degli utenti dimessi.

Le attività di prevenzione e contrasto all'uso di sostanze

I risultati della ricerca IPSAD sull'uso di sostanze psicoattive nella popolazione generale di età compresa tra 15 e 54 anni (vedi punto 2), riportano per il 2005 che in Provincia di Milano, il 26% fuma regolarmente sigarette (il 19,5% in Italia), il 15,6% ha fatto uso di psicofarmaci nei 12 mesi precedenti, il 19% ha abusato di alcool nel mese precedente, l'11% ha fatto uso di cannabis negli ultimi 12 mesi (con 23.000 consumatori quotidiani stimati), il 5,7% ha usato cocaina nell'ultimo anno (2,2% il dato a livello nazionale).

I risultati della ricerca ESPAD sull'uso di sostanze nei giovani che frequentano la scuola media superiore sul territorio dell'ASL MI2 riportano per il 2005 che il 22% degli studenti riferisce l'uso di droghe e/o alcol da parte di fratelli, il 33,5% fuma regolarmente, il 28% ha abusato di alcool negli ultimi 30 giorni, il 34% ha usato cannabis nel corso della vita, il 26,6% nel corso dell'ultimo anno (23,8% a livello nazionale) e il 18,6% nell'ultimo mese (15% in Italia); il 5,6% degli studenti dell'ASL ha usato cocaina almeno una volta nella vita, il 3,6% nell'ultimo anno e il 2% nell'ultimo mese.

La rilevanza dei dati delle ricerche citate suggerisce l'opportunità di un intenso lavoro di prevenzione sul territorio. L'articolazione dell'intervento deve avvenire a livello scolastico e deve riguardare tutti i livelli preventivi previsti, dalla prevenzione primaria alla riduzione del danno da uso di sostanze. Inoltre, si sottolinea come anche le politiche regionali che emergono dal nuovo piano triennale diano risalto alla centralità dei servizi socio-sanitari e della medicina di territorio soprattutto per quanto concerne la prevenzione.

Tenendo conto della riserva di risorse umane a disposizione, in riferimento a quella da impiegare ad attività di prevenzione, occorre pensare ad un intervento del servizio pubblico orientato al monitoraggio territoriale (Osservatorio) ed all'assistenza ai progettisti che sul territorio intendano sperimentare ed acquisire interventi specifici.

E' quindi da prevedere un'azione specifica su:

- centri di informazione e consulenza nelle scuole da gestire a cura dei SerT o da appaltare a terzi;
- attività di consulenza per i Centri giovanili di aggregazione presenti nei comuni del nostro territorio;
- supporto alle compagne di informazione e di contrasto all'uso di sostanze previste a livello regionale e nazionale.

Inoltre, come detto, occorre prevedere un'attività consulenziale di costruzione e mantenimento della rete degli attori, così come iniziato dal progetto "REligo", concluso nel 2006, ma che si intende trasformare in attività istituzionale durante l'anno a venire. In particolare gli sforzi saranno concentrati sui seguenti punti.

- Realizzazione dei *"Quaderni della Prevenzione"*, strumento per la promozione di una cultura della prevenzione in linea con le indicazioni e le buone prassi internazionali al contatto con le realtà territoriali e alla diffusione di materiale di studio, che verranno distribuiti con cadenza periodica in un formato elettronico utilizzando una *mailing list*.
- Costruzione di una *banca dati* su materiali, ricerche, approfondimenti, esperienze nel campo della prevenzione; è uno strumento pensato per favorire il ruolo consulenziale e per supportare il lavoro dei progettisti sul territorio.
- Realizzazione con i progettisti Legge 45/99 di un percorso *di accompagnamento e di consulenza per la costruzione di impianti valutativi* all'interno dei progetti, allo scopo di consentire la conoscenza e la condivisione delle esperienze che si sono realizzate sul territorio e un confronto utile ad approfondire le difficoltà incontrate ma anche i casi di successo da valorizzare.
- Presenza progettuale nella *banca dati europea EDDRA*, strumento di raccolta di informazioni sui progetti di prevenzione realizzati in ambito europeo. Allo scopo di diffondere e condividere i linguaggi della prevenzione e stimolare le cosiddette buone prassi.
- *Rapporti stabili con gli Uffici di Piano*, che rappresentano un nodo importante della rete territoriale dato che l'attuale sistema di intervento vede i Comuni come i principali titolari dei progetti di prevenzione. Sulla base delle esigenze emerse dai responsabili degli Uffici di Piano, si costituirà un tavolo di lavoro per concordare i temi da sviluppare nel corso del 2007.

Sviluppo di attività terapeutico-riabilitative e nuovi setting di intervento per i servizi pubblici

Le stime di uso problematico di sostanze relative all'anno 2005 (confronta il VII Rapporto dell'OTDT sul Fenomeno delle Dipendenze sul territorio ASL MI2) riportano un quadro locale del fenomeno che presuppone alcuni sforzi per "attrarre" verso i servizi di cura le persone il cui utilizzo di sostanze costituisce una grave minaccia alla loro salute (vedi definizione di "uso problematico" secondo l'Osservatorio Europeo di Lisbona).

In particolare, si stimano sul nostro territorio da 2.220 a 3.000 utilizzatori circa di oppiacei con una prevalenza compresa tra 5,9 e 8,2 casi su 1000 residenti di età compresa tra 15 e 64 anni. Questo dato, confrontato con quello relativo all'utenza in carico per dipendenza da oppiacei (circa 700 soggetti) ci dà la misura del carico potenziale di utenza attualmente non raggiunta dal sistema di cura: circa 155 persone nella migliore delle ipotesi.

Ma il confronto risulta ancora più sfavorevole se riguarda l'uso problematico di cocaina. Infatti, sul nostro territorio nel 2005 sono stimati da 1.500 a 3.000 soggetti circa consumatori di cocaina, pari ad una prevalenza compresa tra 4,1 e 7,9 casi per 1.000 residenti di età compresa tra 15 e 64 anni. Ciò a fronte di soltanto 326 pazienti in cura per questa sostanza. Non va meglio per gli alcolodipendenti, la cui stima territoriale segnala numeri che vanno da 1.500 a 2.500 circa a fronte di solo 215 soggetti in cura.

Detto questo, risulta evidente come i nostri sforzi debbano soprattutto concentrarsi sulla capacità attrattiva nei confronti di soggetti utilizzatori problematici di alcool e cocaina, migliorando le opzioni di cura nei loro confronti e pensando a moduli di trattamento più adatti (anche logisticamente) a questa utenza.

Alcune azioni previste in questa direzione sono le seguenti.

- Apertura del Nuovo Centro Clinico di Lacchiarella
- Costituzione di *nuove attività di gruppo* per pazienti affetti dalle seguenti dipendenze:
 - alcool
 - *gambling*
 - cocaina

Tali attività devono essere pensate sia in sede che con diversa dislocazione territoriale.

- Costituzione di *nuove attività di gruppo* all'interno del Carcere di Opera per pazienti con le seguenti caratteristiche:
 - *sex offenders*
 - poliabuso
 - cocaina

Ciò vista e considerata la rilevanza di queste patologie e la frequente associazione diagnostica con altri disturbi da uso di sostanze nella popolazione carceraria.

- *Progetto Alcool Nazionale e Regionale*. In data 14 settembre 2005 il Ministero della Salute ha affidato la gestione e il coordinamento del Progetto alle Regioni Toscana e Lombardia, con l'attribuzione delle relative risorse finanziarie (Euro 232.405,60 per ciascuna Regione). La ASL MI2 ha aderito al progetto ed è la ASL capofila per la Regione Lombardia. Gli obiettivi principali del progetto sono:
 - stimare l'impatto socio-sanitario della patologia alcolica e alcol-attribuibile nei servizi/reparti delle Aziende Sanitarie territoriali e ospedaliere delle aree regionali coinvolte;
 - individuare e diffondere, attraverso il confronto attivo tra i vari programmi di prevenzione secondaria messi in pratica dai servizi, modelli di buona pratica per la riduzione del danno alcolcorrelato;
 - valutare, in termini di rapporto costo/efficacia, i programmi di trattamento integrato (farmacologico-psico-sociale) degli alcolodipendenti;
 - migliorare le competenze e le abilità tecniche del personale dei servizi pubblici per la presa in carico dei soggetti con problemi e patologie alcolcorrelate;

- realizzare una scheda di rilevazione di tipo individuale, centrata sul singolo soggetto, anche ai fini di adeguamento agli standard richiesti a livello europeo per i soggetti dipendenti ed al fine di consentire l'accrescimento di una base conoscitiva per orientare, nel tempo, una valida attività istituzionale di prevenzione, trattamento e riabilitazione dei soggetti con problemi alcolcorrelati.
- *Individuazione e sviluppo di un Centro specialistico di cura per soggetti con abuso/dipendenza da stimolanti.* Come detto in premessa al punto 4, è forte la necessità di rendere i servizi di cura maggiormente in grado di attrarre gli individui assuntori problematici di stimolanti (cocaina in modo particolare). A tale scopo è necessario, così come affermato da più parti, individuare opportunamente i "luoghi fisici" in cui si attuano i programmi di trattamento diretti a questa utenza potenziale, differenziandoli dai luoghi in cui si svolgono tradizionalmente i trattamenti di altri soggetti affetti da disturbi da uso di sostanze. Si prevede pertanto di individuare, tra le sedi a disposizione, una da dedicare esclusivamente o prevalentemente alla cura di questi soggetti.

1.3 I PROGETTI DEL FONDO NAZIONALE POLITICHE SOCIALI

Con DGR 19977 del 23 dicembre 2004 la Regione ha ripartito le risorse stanziare dal Fondo Nazionale per le Politiche Sociali ai sensi della L.328/2000, consolidando l'innovativo campo della gestione delle leggi di settore. Alla ASL sono stati attribuiti i compiti derivanti dall'esercizio della funzione amministrativa relativamente al coordinamento delle attività, erogazione dei fondi, istruttoria dei progetti, nonché controllo dei risultati. Le priorità di intervento nelle aree di bisogno e gli obiettivi strategici, che sono la premessa per le singole azioni progettuali, sono stati stabiliti nel corso degli incontri dei "tavoli tecnici", composti da rappresentanti tecnici delle Istituzioni e del Terzo settore a diverso titolo coinvolti nelle aree di competenza degli interventi progettuali. La scelta delle priorità generali d'intervento e dei suoi obiettivi strategici si è fondata, quindi, sui risultati conseguiti a livello locale e sulla base delle aree di bisogno prioritarie già individuate a livello regionale.

Per quanto concerne l'area di bisogno rappresentata dalla L.45/99 "Interventi di lotta alla droga", l'esame delle progettualità passate, favorito dal monitoraggio della Banca Dati Regionale, ha permesso di rianalizzare le priorità e le indicazioni offerte dalla Regione Lombardia. Per la valutazione dei bisogni ci si è avvalsi anche delle indicazioni contenute nei report annuali dell'Osservatorio OTDT e dei dati forniti per legge dagli Enti del sistema di intervento.

Attore principale delle indicazioni in quest'area di bisogno è stato il Coordinamento Territoriale legge 45, rappresentativo di tutti i soggetti istituzionali pubblici e privati operanti nel settore, nonché organismo rappresentativo per le scelte di priorità generali di intervento per la programmazione territoriale nell'area delle dipendenze. Del coordinamento erano membri anche tre amministratori locali in rappresentanza dell'Assemblea dei Sindaci della ASL.

Il budget da impiegare nella realizzazione dei progetti, pari a complessivi euro 527.104,63, è stato suddiviso secondo le aree previste dalla DGR 19977 del 23 dicembre 2004 come segue: Area Prevenzione (42%), Area Riduzione del Danno e Trattamento (34%), Area Reinserimento (24%). Al budget iniziale sono stati aggiunti i residui risultanti dalle progettualità precedenti che sono stati ridistribuiti a seconda dell'area di provenienza, per un budget complessivo finale di euro 549.830,96, così suddiviso:

Area Prevenzione: € 228.359,68

Area Trattamento e Riduzione del Danno: € 194.886,90

Area Reinserimento: € 126.584,38

1.3.1 Sistema di monitoraggio degli interventi

Tutti i progetti sono stati avviati entro il 30.12.2005 e sono terminati entro il termine massimo del 31.12. 2006.

Gli interventi presentati hanno previsto il collegamento con i servizi territoriali e hanno indicato il responsabile di progetto, la/le tipologia/e e il numero di destinatari previsti (target), gli eventuali altri partner coinvolti nella realizzazione del progetto, l'ambito territoriale di realizzazione, le fasi progettuali, gli obiettivi di cambiamento, le strategie di intervento e per ciascuna strategia le attività previste; inoltre, il personale coinvolto, l'impegno orario e i costi previsti per le singole figure professionali

coinvolte nella realizzazione del progetto, nonché gli eventuali altri costi generali (attrezzature, costi di gestione, ecc.).

Tutti questi indicatori quali-quantitativi ed economici sono stati monitorati in itinere attraverso un sistema di monitoraggio trimestrale predisposto dalla Regione Lombardia, i cui dati, raccolti per il tramite della ASL, sono confluiti nella Banca Dati Regionale (denominata "Sperimentazione"). La scheda di valutazione finale, infine, prevedeva la verifica del raggiungimento degli obiettivi di cambiamento attesi per il/i target selezionato/i nonché l'indicazione dei criteri, degli indicatori e degli strumenti attraverso cui era stato misurato l'effettivo raggiungimento degli obiettivi.

1.3.2 Sistema di valutazione degli interventi

La DGR 19977 del 23 dicembre 2004 stabiliva che una parte del Fondo fosse impiegata dalla ASL per la valutazione dei progetti afferenti la L.45/99 presenti sul proprio territorio. E' stato scelto, pertanto, di accompagnare gli Enti titolari e gli Enti gestori degli interventi in un percorso formativo sulla valutazione, al termine del quale si giungesse alla costruzione di uno strumento di verifica condiviso ed omogeneo.

Lo strumento realizzato, in base al quale gli Enti titolari di progetto hanno steso la propria relazione finale, si è proposto di esaminare due macroaree: 1) la valutazione di processo, volta a considerare le modalità di attuazione dell'intervento e come questo si è sviluppato anche rispetto alle reazioni del gruppo dei destinatari, con lo scopo di verificare se il gruppo dei destinatari è stato raggiunto dalle azioni svolte all'interno del progetto; 2) la valutazione di risultato, che analizza gli effetti del programma sul gruppo target; la valutazione di risultato si propone, quindi, di mettere in evidenza se l'intervento abbia effettivamente raggiunto gli obiettivi prefissati e pertanto se, in quanto tale, possa essere riproposto, modificato o abbandonato.

1.3.3 I Progetti

Area prevenzione

Ciascuno dei sette Uffici di Piano del Territorio dell'ASL MI2 ha assunto la titolarità di un progetto afferente l'area della prevenzione, così che in tutti i Distretti fosse garantita la presenza di almeno un'azione specifica di prevenzione, fosse essa di tipo universale (nelle scuole) o di tipo selettivo (nei luoghi di aggregazione formali e informali). La realizzazione operativa degli interventi è stata affidata alle realtà del Privato Sociale radicate nei diversi territori di intervento.

Prevenzione nelle scuole.

Ente titolare	Titolo Progetto	Target primario	N° utenti raggiunti (circa)
Distretto Sociale sud Est Milano Comune capofila: San Donato Milanese	Di pari passo	Studenti istituti medi superiori	615
Comprensorio Sociale Est Milano Comune capofila: Vimodrone	Dentro e fuori la rete	Studenti scuole primarie di secondo grado	388
Piano di Zona Distretto 4 Comune capofila: Gorgonzola	Prevenzioni comuni	Studenti scuole primarie di secondo grado	925
Distretto 5 Comune capofila: Cassano d'Adda	Teen-denze	Studenti scuole primarie di secondo grado	553
Totale utenti (circa)			2481

Il progetto DI PARI PASSO nasce come iniziativa di prevenzione al consumo di sostanze ideata da un gruppo di progetto sulla prevenzione cui hanno collaborato i referenti dell'Ufficio di Piano del Distretto e i referenti delle due organizzazioni del privato sociale individuate per l'attuazione dell'intervento: LILA Milano Onlus e PLOCRS. Il target primario identificato per l'azione preventiva è stato quello degli studenti delle scuole medie-superiori del Distretto. Il progetto si è strutturato su due azioni principali: 1) prevenzione al rischio; 2) educazione tra pari.

Il percorso formativo di prevenzione al rischio ha coinvolto sei Istituti Medi Superiori del Distretto Sud-Est Milano per un totale di 18 classi, e nello specifico 5 terze dell'ITIS "Benini" di Melegnano, 3 terze del Liceo "Benini" di Melegnano, 3 terze dell'ITIS "Mattei" di San Donato Milanese, 3 seconde del CFP "Clerici" di San Giuliano Milanese, 3 seconde del CFP di San Donato Milanese, 1 seconda del CFP di Melegnano. Gli obiettivi del percorso formativo sono stati: passare informazioni chiare e corrette sulle sostanze stupefacenti; riflettere con gli studenti sui rischi derivanti dal consumo di sostanze e sulle motivazioni che li portano ad adottare comportamenti rischiosi e dannosi per la loro salute; fornire spunti e strumenti per trovare strategie alternative ai comportamenti a rischio.

La sperimentazione dell'azione di peer-education si è svolta presso l'ITC Piero della Francesca di San Donato Milanese e sede di Melegnano. Il numero degli aderenti al progetto di peer education selezionati nelle classi è stato di 25 alunni presso la sede di San Donato e di 10 alunni presso quella di Melegnano. L'azione progettuale ha previsto diverse fasi, comprendenti la formazione dei peer educator, l'organizzazione di un evento lancio di presentazione, l'entrata nelle classi (per un totale di 220 studenti contattati circa) e, infine, la realizzazione di un evento conclusivo che ha visto la consegna di un diploma di merito ai peer educator e la presentazione ai docenti del lavoro svolto.

Il Progetto DENTRO E FUORI LA RETE, promosso dal Comprensorio Sociale Est Milano e attuato grazie alla collaborazione delle Cooperative "Aeris", "Molecola" e "Arti e Mestieri sociali", si è posto in continuità con l'attività del triennio precedente, consistente nella sperimentazione di azioni di prevenzione all'interno delle scuole primarie di secondo grado (sportelli

d'ascolto per studenti e attività nelle classi) in stretto collegamento con i servizi sociali comunali. Target primario identificato, pertanto, sono stati gli studenti delle scuole primarie di secondo grado, per quanto un'azione specifica rilevante (incontri e costituzione di gruppi di discussione) sia stata indirizzata anche ai genitori di adolescenti del territorio. A Pioltello e a Segrate la Cooperativa "Aeris" ha svolto percorsi formativi in 10 classi delle scuole primarie di secondo grado, oltre a proseguire l'attività degli sportelli d'ascolto: 1 a Segrate e 2 a Pioltello, nelle sedi di Seggiano e Limito (30 accessi a Pioltello e 25 a Segrate, con netta prevalenza femminile). A Vimodrone la Cooperativa "Molecola" ha gestito gli sportelli situati nelle sedi delle due scuole primarie di secondo grado, vedendo un afflusso di 42 alunni (con prevalenza femminile). La cooperativa "Arti e Mestieri Sociali" ha curato la realizzazione di laboratori in tre classi delle scuole primarie di secondo grado del Comune di Rodano e di colloqui individuali facoltativi di approfondimento, gestiti dagli operatori che avevano effettuato i laboratori (25 accessi registrati).

Di analoga impostazione, il progetto PREVENZIONI COMUNI, a titolarità UdP Distretto n°4, ha visto la realizzazione di percorsi formativi nelle classi delle scuole primarie di secondo grado del Distretto sui temi delle regole, delle sostanze lecite e illecite e i rischi connessi all'uso, nonché le aperture di sportelli d'ascolto (a Pessano con Bornago, a Cernusco sul Naviglio, a Bellinzago Lombardo) destinati agli studenti di terza e gestiti dagli stessi operatori che avevano condotto gli interventi formativi. Nella sola Scuola Media di Cassina de' Pecchi è stato attivato uno sportello di ascolto gestito da una psicologa, con un afflusso di 43 studenti. Nello sportello a bassa soglia dell'Istituto comprensivo di Cernusco sul Naviglio sono stati ascoltati 102 alunni, in quello di Pessano con Bornago 27 alunni. L'attuazione del progetto è stata affidata alla Cooperativa "Aeris" (aderente al Consorzio CS&L).

Il progetto TEEN-DENZE ha visto la titolarità del Comune di Cassano d'Adda, capofila di accordo di programma comprendente i comuni del Distretto 5, ed è stato realizzato dalla Cooperativa "Aeris" e Centri di Accoglienza "PLOCRS". Hanno aderito al progetto tutte le scuole primarie di secondo grado esistenti sul territorio (7 plessi). Le azioni progettuali rivolte al target primario, gli alunni di terza, sono state due: 1) interventi nelle classi terze sui temi del rapporto con il consumo di sostanze; 2) realizzazione di sportelli d'ascolto, di tipo "lungo" (ossia servizi stabili e duraturi) a Cassano (59 accessi), di tipo "breve" nelle scuole di Truccazzano (35 accessi) e Pozzuolo (19 accessi). Da rilevare una prevalenza degli accessi femminili e della modalità di colloquio "di gruppo" (questa tendenza si registra analoga in tutte le esperienze di Sportello d'ascolto sopra descritte).

Prevenzione nei luoghi di aggregazione formali e/o informali.

Ente titolare	Titolo Progetto	Target primario	N° di utenti raggiunti (circa)
Ufficio di Piano Distretto 1 Comune capofila: Paullo	Strada facendo	Giovani di gruppi informali	200
Ufficio di Piano Distretto 6 Comune capofila: Pieve Emanuele	Ci sono anch'io	Giovani di gruppi informali	285
Ufficio di Piano Distretto 7 Comune capofila: Rozzano	Buscapé	Giovani di gruppi informali	254
Totale utenti (circa)			739

STRADA FACENDO, progetto di prevenzione all'utilizzo di sostanze stupefacenti, lecite e illecite, rivolto ad adolescenti e giovani del Distretto sociale 1, è stato presentato dal Comune di Paullo ed è stato realizzato grazie alla collaborazione delle Cooperative "Libera compagnia di Arti & Mestieri sociali", "Euridice Piccola società cooperativa", "Eureka!" e i Centri di accoglienza "PLOCRS". Motore del progetto è stato il "Gruppo tecnico", formato dai referenti dei 3 CAG del territorio, dai referenti delle 4 cooperative sociali coinvolte nel progetto e dal coordinatore di progetto. Rispetto alle due annualità precedenti (progetti "Passaparola I" e "Passaparola II") in quest'ultima annualità si è puntato sulla necessità di intercettare, conoscere e sensibilizzare un'utenza più allargata, spesso non più legata all'istituzione scolastica o ai servizi territoriali, e dunque portatrice di esperienze e bisogni inesplorati o non adeguatamente intercettati dal modo adulto e dalle istituzioni/servizi presenti sul territorio. Rispetto a questo obiettivo progettuale si è ricorsi alla presenza di operatori sociali itineranti in grado di intercettare il target descritto nei luoghi "informali" di aggregazione giovanile (piazze, bar, portici, parchi, ecc.) nell'intero territorio distrettuale; tale utenza è stata coinvolta attraverso diverse proposte: interviste, somministrazione di questionari, audio e video-riprese, distribuzione di materiale informativo, proiezione di film ecc. Accanto alle attività con carattere "territoriale", il progetto "Strada Facendo" si è principalmente caratterizzato per un'attività sovraterritoriale che ha coinvolto tutti i comuni del distretto sociale di Paullo. Si tratta dell'indagine sul multi-consumo di sostanze stupefacenti fra i giovani che, avviata su preciso mandato dell'Ufficio di Piano, è andata progressivamente caratterizzandosi come l'elemento progettuale in grado di costituire il filo conduttore dei vari interventi territoriali, fornendo un'"identità distrettuale" al progetto stesso. I ragazzi contattati dall'indagine sono stati circa 200, di età compresa tra i 15 e i 25 anni.

Ormai giunto alla terza annualità, CI SONO ANCH'IO, progetto di prevenzione dell'emarginazione e del disadattamento sociale, è stato realizzato nei Comuni afferenti il Distretto 6 con la collaborazione delle Cooperative sociali "Giostra", "Libera compagnia di Arti & Mestieri sociali" e "Sette". Il progetto si è caratterizzato per azioni di educativa di strada e di promozione di iniziative rivolte a giovani e adolescenti sui territori di Pieve Emanuele, Binasco, Lacchiarella, Noviglio, Zibido San Giacomo. Gli obiettivi realizzati in ciascun Comune, con esiti diversi a seconda delle specificità di ogni territorio, sono stati: 1) aggiornare la mappa dei punti di aggregazione informali presenti sul territorio; 2) mantenere il contatto con

i gruppi di adolescenti/giovani individuati; 3) verificare bisogni/esigenze/richieste espresse dai gruppi coinvolti; 4) sviluppare relazioni positive con i destinatari prescelti promuovendo occasioni continuative di rapporto con l'operatore sul campo; 5) rilevare eventuali atteggiamenti e comportamenti critici rispetto all'uso/abuso di sostanze stupefacenti; 6) promuovere interventi di sensibilizzazione e di educazione alla salute; 7) facilitare i contatti con i servizi per i giovani e/o altre agenzie educative; 8) far conoscere altre risorse e servizi specifici presenti sul territorio; 9) creare gruppi di incontro/lavoro per stimolare la componente genitoriale e adulta al fine di potenziare il dialogo intergenerazionale; 10) attivare collegamenti con progetti territoriali, rivolti agli adolescenti, al fine di ottimizzare le risorse e di sviluppare potenzialità di lavoro comune.

Anche il progetto BUSCAPE' -percorsi di prevenzione specifica con gruppi informali di adolescenti-, come i precedenti, ha proseguito le azioni progettuali già intraprese nelle due scorse annualità. Il progetto si è realizzato nei Comuni del Distretto 7 (Rozzano, Basiglio, Opera, Locate Triulzi). L'annualità 2005-2006 si è caratterizzata per una grande pluralità di azioni e di contatti con i Servizi e con altri progetti e/o iniziative presenti sul territorio. Gli operatori hanno preso parte alle equipe di lavoro dei "progetti giovani" locali di ciascun Comune, portando a compimento il lavoro di integrazione. Rispetto alla strategia di intervento di strada e all'elaborazione/utilizzo dello strumento di intervento specifico sulle sostanze, sono proseguiti gli incontri con i gruppi informali del territorio, consolidando e approfondendo il ruolo degli operatori. Obiettivo del 2006 è stato il mantenimento e lo sviluppo della rete delle istituzioni e dei servizi che incontrano i bisogni dei giovani, tra cui si segnalano: la collaborazione con il Servizio Distrettuale per Famiglia e Minori, in particolare su casi specifici in carico al Servizio (valutazioni e scambio di informazioni) e la segnalazione di ragazzi/e con bisogni di supporto psicologico; le azioni in collaborazione con il CFP di Rozzano; l'esperienza di progettazione partecipata con i gruppi informali in piazza Fontana a Quinto Stampi e la collaborazione sul Contratto di Quartiere di Rozzano; il lavoro svolto per la creazione del tavolo dei servizi rivolti ai giovani e ai minori di Rozzano. Nel contesto dell'azione distrettuale si ricordano due iniziative che hanno coinvolto i giovani e gli operatori del progetto a livello distrettuale: 1) la tappa italiana del progetto "Methoda", nell'ambito dell'iniziativa europea Gruntvig, i cui obiettivi erano l'osservazione e lo scambio di buone prassi nei processi di peer-education, nella quale si sono realizzati incontri, laboratori e festeggiamenti, insieme ai giovani provenienti da altri cinque paesi europei; 2) l'evento "Spazi Periferici" realizzato nel comune di Pieve Emanuele che ha coinvolto a livello anche organizzativo alcuni gruppi legati alle culture hip hop del distretto, che ha visto la partecipazione di 50 ragazzi nel comitato organizzatore e la presenza di circa 500 ragazzi alle manifestazioni.

Area trattamento e riduzione del danno.

Area	Ente titolare	Titolo progetto	Target primario	N° utenti raggiunti (circa)
Trattamento	Centri Accoglienza PLOCRS	Zero gradi	- Alcolodipendenti	27
			- Tossicodipendenti in Comunità Terapeutica	65
Riduzione del danno	Cooperativa COLCE	Cep – A Reti Unificate	- Giovani di gruppi informali	2013
			- Giovani segnalati dalle prefetture (artt. 75 e 121)	231

La sperimentazione progettuale riguardante l'area trattamentale, ZERO GRADI, è stata realizzata dalle strutture residenziali del territorio dell'ASL MI2 (Centri Accoglienza PLOCRS, ente titolare del progetto, Cooperativa Sette: "Il Molino della Segrona", Cooperativa "Cascina Contina"). Il progetto si è posto l'obiettivo di rispondere in modo più specialistico alle domande/bisogni che giungono ai servizi pubblici del territorio (SerT e NOA), da una parte valorizzando e potenziando la specificità professionale delle diverse strutture (Centro Accoglienza "Cavaione": trattamento di poliassuntori di sostanze psicotrofici – cocainomani – con potenziamento in termini di attenzioni maggiori alle problematiche connesse all'uso/abuso di alcol; Comunità "Il Molino della Segrona": trattamento di soggetti eroinomani con potenziamento in termini di attenzioni maggiori al nucleo familiare; "Cascina Contina": trattamento di soggetti eroinomani con particolare attenzione alle coppie/famiglie con figli), dall'altra impiantando un nuovo modulo sperimentale di trattamento residenziale per utenti in cui l'alcol è sostanza primaria e spesso esclusiva (Centro Accoglienza "Cascina Mazzuchelli": trattamento integrato delle patologie alcol correlate con sottomoduli di 3-6-9 mesi). Si riportano i dati di esito solo di quest'ultimo modulo in quanto qualificante dell'intero progetto per il suo carattere innovativo. Sui 27 casi considerati, 6 (22%) persone hanno abbandonato il programma e di questi 5 entro il primo mese dell'inserimento. Il 26% ha terminato il programma (che nel contratto iniziale stipulato con i servizi era stato concepito come un programma medio/breve). La durata media dei programmi che si sono conclusi è stata di 7 mesi. Nel 12% dei casi si è concordata con i servizi una dimissione per manifeste difficoltà individuali a proseguire nelle fasi più avanzate del programma. Il 40% dei programmi iniziati era ancora in corso alla data del 31 dicembre 2006. La totalità delle persone che hanno usufruito di un programma medio/breve hanno poi proseguito un trattamento ambulatoriale presso i servizi di riferimento. Tra le persone che sono state dimesse in maniera concorde con i servizi, il 71% ha mantenuto il rapporto sia con i servizi di riferimento che con la comunità e ha contestualmente mantenuto l'astinenza, almeno per un certo numero di mesi. Tra le persone che sono ricadute, 4 hanno richiesto di rientrare in programma.

Il progetto *CEP – A RETI UNIFICATE*, realizzato dalla Cooperativa COLCE, si è composto di due macroazioni su livelli di intervento differenziati:

1) Unità Mobile: presenza nei luoghi di divertimento di maggior rischio e consumo di sostanze, negli eventi di grande richiamo, con interventi all'interno di serate, dei locali, dei concerti, nonché nei luoghi dell'aggregazione informale quotidiana con obiettivi di prevenzione, riduzione dei rischi e del danno e raccolta di informazioni utili al monitoraggio del fenomeno dei consumi.

A seconda dei contesti sono stati allestiti ulteriori spazi: chill-out, videobox, aree per la somministrazione di generi di conforto (acqua, tisane, cibo ecc...). Le modalità dell'intervento, rivolto a chi spontaneamente accedeva alle diverse aree, ha previsto:

- distribuzione di materiale informativo su effetti e rischi (sanitari, personali, sociali, legali...) correlati all'uso/abuso di sostanze stupefacenti, integrato da informazioni aggiuntive fornite dagli operatori;
- somministrazione di questionari per la raccolta di dati relativi ai consumi di droghe illegali e alcool;
- somministrazione del test sui valori di alcolemia, attraverso l'utilizzo di un etilometro professionale;
- colloqui di restituzione a partire dai dati raccolti nei questionari e attraverso il test alcolimetrico;
- interviste e video-interviste su argomenti specifici;
- somministrazione di questionari volti a intercettare nuove sostanze circolanti e nuove modalità di consumo, come previsto dalla sperimentazione regionale MDMA per la creazione di un sistema di allerta rapida;
- colloqui di informazione sui servizi presenti sul territorio e relative modalità di accesso;
- interventi di primo soccorso in caso di malori dovuti a utilizzo di droghe;
- raccordo con gli organizzatori dell'evento

I dati di esito rispetto a questa prima azione progettuale, riferiti al periodo 1 dicembre 2005 – 30 novembre 2006 sono i seguenti:

- n° di contatti con gestori e organizzatori di eventi: 67
- n° di uscite: 35
- n° di contatti durante le uscite: 2013 (di cui 1218 maschi e 795 femmine)
- quantità e tipologia di materiale distribuito: 2037
- quantità di test alcolimetrici somministrati: 476
- n° di questionari somministrati: 319
- n° di colloqui effettuati: 529

2) Intervento posto all'interno della "sperimentazione regionale prefettura", rivolta a segnalati art. 75 e 121 presso la prefettura di Milano. L'equipe di progetto era composta da operatori del SerT di Gorgonzola (assistenti sociali, educatori, psicologi, medici e infermieri) e da educatori del privato sociale (Cooperativa Lotta Contro l'Emarginazione). Dal 1 /12/2005 al 30/11/2006 sono state convocate 231 persone (di cui 47 riconvocati). Di questi soggetti:

- 38 non si sono presentati al colloquio prefettizio;
- 140 sono stati archiviati con "formale invito a non fare più uso di sostanze" o hanno scelto la sanzione amministrativa;
- 35 sono stati inviati a programma.

Area reinserimento socio-lavorativo.

Ente titolare	Titolo	Target primario	N° utenti raggiunti (circa)
Consorzio CS&L	Agenda lavoro	Tossicodipendenti con problemi lavorativi	60

Il progetto *AGENDA LAVORO*, promosso dal Consorzio CS&L con la partnership dei SerT di Melegnano, Rozzano e Gorgonzola nonché dell'Unità Operativa Inserimenti Lavorativi dell'ASL MI2 e con la collaborazione di PLOCRS, Cooperative "Lule" e "Il Giardinone", ha concluso un cammino lungo 6 anni. Il progetto ha inteso rafforzare e sviluppare il tema di intervento elaborato negli ultimi anni attraverso i seguenti strumenti: 1) percorsi di reinserimento lavorativo 2) sportello aziende 3) percorsi di reinserimento sociale. Nella sua ultima annualità di realizzazione, il progetto ha raggiunto 10 utenti nel SerT di Gorgonzola, di cui 6 hanno usufruito della Borsa Lavoro, 3 di un percorso di Orientamento al lavoro e 1 un intervento di antirigetto aziendale. Delle 6 borse lavoro, 3 sono state interrotte e 3 si sono concluse regolarmente. Gli orientamenti invece sono sfociati tutti nell'assunzione. Gli utenti del SerT di Vizzolo Predabissi che hanno usufruito del progetto sono stati 22, di cui 6 hanno seguito un percorso di borsa lavoro e 16 di orientamento al lavoro. Delle 6 borse lavoro attivate, 2 si sono interrotte, 1 si è conclusa perché il soggetto è riuscito a trovare un'occupazione autonoma e 3 si sono concluse con l'assunzione degli utenti presso le Cooperative dove avevano svolto il tirocinio, con contratti a tempo determinato. Dei 16 utenti inseriti nel percorso di orientamento e ricerca attiva, 6 hanno trovato un'assunzione. Nel SerT di Rozzano sono state avviate 3 borse lavoro, di cui 2 hanno avuto un esito estremamente positivo con una collocazione finale esterna al contesto di attuazione e in ambito non protetto. Dei 6 utenti inseriti nel percorso di orientamento e ricerca attiva, 4 sono riusciti a reperire una collocazione quantomeno a tempo determinato.

Il progetto ha poi previsto la figura di un operatore della risocializzazione all'interno del SerT di Rozzano, con funzioni di supporto al programma educativo e terapeutico, di sostegno al reinserimento socio lavorativo, di sostegno alle problematiche organizzative ed esistenziali, di passaggio di informazioni nell'ambito lavorativo, formativo e sulle risorse territoriali. Sono state attivate 19 segnalazioni, tutte di sesso maschile.

Attività dei partners progettuali: a) presso la sede della Cooperativa "Lule" sono state realizzate due borse lavoro per due utenti del SerT di Rozzano, in qualità di operatori di ufficio; b) unità abitativa "PLOCRS". Tale attività si è configurata come la prosecuzione di un progetto che ha preso le mosse nel giugno 2000. L'appartamento è sito a Melegnano ed è adatto ad ospitare 3, massimo 4 persone; c) l'attività dell'operatore UOIL dell'ASL MI2 si è concentrata a mantenere e a coltivare il rapporto di fiducia con le aziende contattate nelle precedenti progettazioni, oltre che a garantire la presa in carico del percorso lavorativo di utenti provenienti dal circuito Serd segnalati dall'equipe progettuale.

1.4 BILANCIO ASL E BUDGET DEL SERT

Il budget del servizio e del Dipartimento delle Dipendenze si articola nei tre processi individuati dalla Direzione, che vengono qui di seguito esplicitati.

1.4.1 Diagnosi e trattamento delle dipendenze e delle patologie ad esse correlate

Descrizione processo

La diagnosi ed il trattamento delle dipendenze e delle patologie ad esse correlate riguarda l'attività clinica principale delle UO del Servizio Territoriale delle Dipendenze (SerT).

Il processo si articola a partire dalla richiesta di trattamento, formulata dal paziente o da chi per lui, e prosegue con la presa in carico, la valutazione diagnostica multidisciplinare integrata, che ha nell'équipe il suo momento fondante.

Gli interventi terapeutici che fanno seguito al processo diagnostico appartengono a due tipologie principali: i trattamenti farmacologici e quelli psico-socioeducativi.

I primi si avvalgono degli strumenti farmacologici che lo stato dell'arte mette a disposizione per il trattamento delle dipendenze patologiche. I secondi si articolano a loro volta nei trattamenti psicoterapeutici (individuali o di gruppo), nel counselling socio-sanitario, gli inserimenti in comunità terapeutica, i percorsi educativi e vocazionali, l'inserimento lavorativo e sociale.

Infine vengono curate le patologie organiche e psichiatriche correlate alle dipendenze secondo i più aggiornati e validati protocolli terapeutici, anche in collaborazione con altri servizi e strutture sanitarie e socio-sanitarie. Le fasi del processo, la sua articolazione operativa, i dettagli organizzativi e procedurali sono ampiamente descritti nel Manuale delle procedure del Servizio Territoriale delle Dipendenze vers. 1.0, redatto secondo i criteri delle buone prassi operative nel settore di cura delle dipendenze, disponibile per la consultazione.

Implicazioni con i LEA

Il processo concorre ad assicurare direttamente il soddisfacimento dei seguenti LEA:

Assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare

- attività sanitaria e sociosanitaria rivolta alle persone dipendenti da sostanze stupefacenti o psicotrope o da alcool
- attività sanitaria e sociosanitaria rivolta alle persone con infezione da HIV

ed indirettamente tramite le attività del Dipartimento t.f. delle Dipendenze, dei seguenti LEA:

Assistenza territoriale residenziale e semi-residenziale

- attività riabilitativa sanitaria e sociosanitaria rivolta alle persone dipendenti da sostanze stupefacenti o psicotrope o da alcool
- attività sanitaria e sociosanitaria rivolta alle persone con infezione da HIV

Requisiti e standard di riferimento

I requisiti e gli standard del processo sono definiti, insieme agli altri requisiti di funzionamento del SerT, dai Criteri di accreditamento previsti dalla normativa della Regione Lombardia (Regione Lombardia DGR 7 aprile 2003, n. 12621 "Determinazione dei requisiti standard per l'autorizzazione al funzionamento e l'accREDITamento dei servizi pubblici e privati per l'assistenza alle persone dipendenti da sostanze illecite e lecite" (art 12 comma 3 e 4 LR 31/97) e "indirizzi programmatici e direttive sull'organizzazione dei servizi territoriali dipendenze nelle ASL: Progetto Regionale Dipendenze" di cui il SerT è stato dichiarato in possesso al termine delle procedure per l'accREDITamento (ultima verifica a cura del Servizio Vigilanza ASL MI2 a ottobre 2005).

Si riporta qui di seguito un *Estratto dal "Progetto Regionale Dipendenze"* che definisce nel dettaglio i requisiti e gli standard per l'AccREDITamento delle strutture e dei processi di intervento.

Determinazione dei requisiti standard per l'autorizzazione al funzionamento e l'accREDITamento dei servizi privati e pubblici per l'assistenza alle persone dipendenti da sostanze illecite e lecite.

Principi Generali

L'insieme dei principi e dei criteri contenuti del presente documento (capitolo 1 e capitolo 2) riconoscono nella definizione di una rete di intervento la costruzione di azioni sia di carattere preventivo che terapeutico e riabilitativo.

Sono assicurati i livelli essenziali di assistenza di cui al Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29/11/2001- Definizione dei livelli essenziali di assistenza, attraverso servizi a carattere ambulatoriale, residenziale e semiresidenziale, direttamente gestiti dalle ASL nonché di soggetti accreditati, così come stabilito dalla legge regionale 31/97 e successive modifiche ed integrazioni. Gli enti e le associazioni, siano essi pubblici e/o privati, che effettuano attività di prevenzione, cura e riabilitazione finalizzate alla protezione e ripristino della salute delle persone con uso o dipendenza da sostanze illecite e lecite, cooperano al raggiungimento degli obiettivi dello Stato, della Regione e in particolare del servizio sanitario nazionale e regionale, nell'ottica dell'integrazione socio sanitaria e interistituzionale dei servizi, della pari dignità e della valorizzazione delle specifiche capacità di intervento, delle potenzialità aggiuntive e delle specificità del volontariato e dell'auto-aiuto.

I medesimi partecipano, secondo i criteri stabiliti nel presente provvedimento (capitolo 2), alla programmazione, alla progettazione, alla verifica e alla valutazione degli interventi attuati.

I programmi effettuati devono rispondere globalmente agli specifici bisogni identificati sul territorio, secondo quanto stabilito nell'ambito della programmazione regionale e locale, con il tramite del previsto dipartimento funzionale delle dipendenze.

AUTORIZZAZIONE AL FUNZIONAMENTO

Gli enti e le associazioni che erogano servizi a valenza socio sanitaria nell'ambito del contrasto delle dipendenze da sostanze illecite e lecite, siano essi pubblici o privati, devono essere autorizzati al funzionamento. L'autorizzazione al funzionamento determina, limitatamente agli enti del privato, l'iscrizione dei nominati servizi nell'apposito albo istituito dalla Regione Lombardia (ex art. 116 DPR 309/90).

L'autorizzazione è parimenti necessaria per l'accesso ai finanziamenti sul fondo sociale per la realizzazione di progetti ed interventi che, anche in via non esclusiva, prevedono l'esecuzione di attività o prestazioni contemplate nel presente documento.

E' in capo all'ASL la competenza al rilascio degli atti autorizzativi, previa verifica del possesso dei requisiti necessari (ex LR 1/2000). Nel caso trattasi di struttura che accoglie minori l'autorizzazione deve essere altresì rilasciata, per quanto di competenza, alla Provincia.

REQUISITI Funzionali. Per quanto attiene gli aspetti funzionali e strutturali dei servizi a carattere residenziale e semiresidenziale si è tenuto conto di quanto già indicato nella normativa regionale in materia (ex DGR 12/3/1999 n. 6/41878) al fine di consentire da un lato il prosieguo delle attività di tutte quelle strutture già adeguate a standard nonché l'avvio di percorsi di adeguamento o di riconversione parziale e/o totale.

L'autorizzazione viene riconosciuta agli enti e alle associazioni, di cui sopra, per il programma delle diverse prestazioni svolte nelle singole unità operative, così come stabilito dalla legge regionale 31/97. Ciò consente all'ente gestore di procedere ad un'organizzazione per moduli, precisando il numero dei posti messi a disposizione e le unità di personale impegnato. Per quanto attiene gli aspetti funzionali e strutturali dei servizi a carattere ambulatoriale, qui di seguito definiti servizi territoriali per le dipendenze/multidisciplinari integrati, essi sono da intendersi come requisiti minimi il cui possesso è condizione imprescindibile per l'esercizio dell'attività sanitaria e si riferiscono all'insieme delle prestazioni, alla presenza adeguata rispetto ai compiti e tale da garantire una *reale interdisciplinarietà delle figure professionali, nonché al possesso dei requisiti specifici riferiti all'aspetto strutturale*.

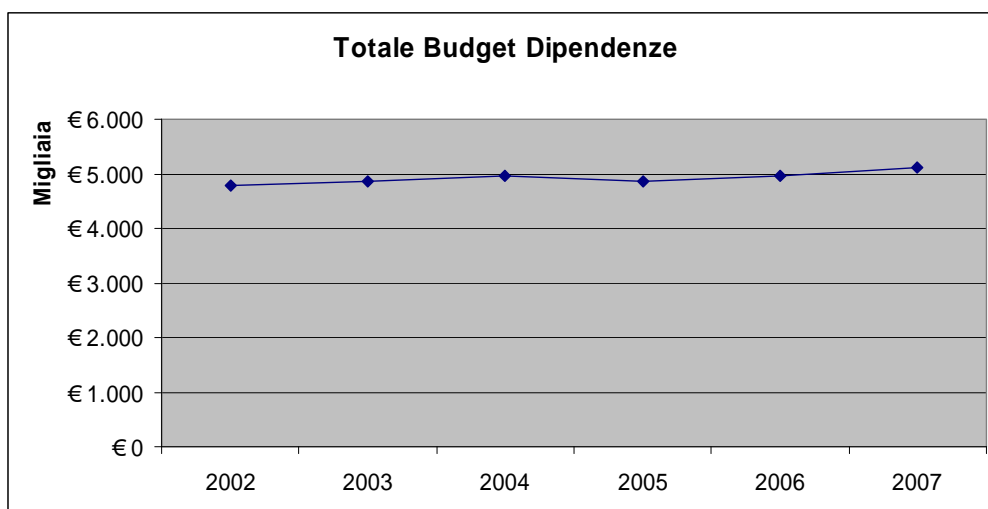
L'autorizzazione al funzionamento è disposta per il servizio territoriale per le dipendenze/multidisciplinare integrato che può strutturarsi in unità operative su sedi diverse.

Organizzativi. L'istruttoria delle domande di autorizzazione delle strutture residenziali, semiresidenziali ed ambulatoriali presentate da enti ed associazioni del privato nonché la procedura per la certificazione relativa al possesso dei requisiti minimi indicati da parte dei servizi a gestione diretta delle ASL, dovranno essere formulate tenuto conto degli elementi già definiti (vedi Budget 2006).

Strutturali. L'istruttoria delle domande di autorizzazione delle strutture residenziali, semiresidenziali ed ambulatoriali presentate da enti ed associazioni del privato nonché la procedura per la certificazione relativa al possesso dei requisiti minimi indicati da parte dei servizi a gestione diretta delle ASL, dovranno essere formulate tenuto conto degli elementi già definiti (vedi Budget 2006).

Storia economica 2001 – 2006.

		2001	2002	2003	2004	2005	2006
Farmaci	antiretrovirali e interferone	€ 1.366.545,19	€ 553.491,00	€ 551.523,00	€ 549.873,00	€ 570.879,86	€ 473.926,28
	stupefacenti + neurolettici		€ 139.451,00	€ 141.416,70	€ 140.992,00	€ 116.505,91	€ 127.014,34
Acquisti mat. non Sanitario			€ 136.473,09	€ 136.473,09	€ 3.269,94	€ 3.269,94	€ 3.269,94
Kit test rapidi su liquidi biol.							€ 1.000,00
H2O per assunz. terapia sostitutiva							€ 2.184,00
Servizi per Utenze e Logistica					€ 55.721,06	€ 55.721,06	€ 61.293,17
Servizi per Manutenz. e Ripar.					€ 31.687,15	€ 31.687,15	€ 34.855,87
Vigilanza			€ 145.881,17	€ 151.037,26	€ 130.226,88	€ 127.169,01	€ 112.048,00
Servizi Assicurativi					€ 2.000,00	€ 2.000,00	€ 2.200,00
Spese Viaggio					€ 353,82	€ 353,82	€ 389,20
CT TD, Alcol		€ 2.169.119,34	€ 1.104.748,98	€ 1.140.260,94	€ 952.574,00	€ 1.103.533,00	€ 1.170.099,57
Servizi appaltati (tossicologici)			€ 350.433,84	€ 332.974,50	€ 292.512,00	€ 301.523,00	€ 267.180,76
Servizi appaltati (virologici)			€ 95.409,41	€ 105.091,54	€ 89.375,00	€ 67.978,00	€ 52.227,09
Locazioni, noleggi e fitti					€ 4.124,98	€ 4.124,98	€ 4.537,48
Personale dipendente		€ 2.386.495,18	€ 2.468.944,58	€ 2.471.113,14	€ 2.727.818,22	€ 2.588.618,22	€ 2.586.043,64
Personale consulente su progetto		€ 531.408,58	€ 494.354,87	€ 526.202,97	€ 540.688,00	€ 513.869,16	€ 468.518,54
Personale consulente att. istituz.							€ 66.571,98
Convenzioni							€ 23.000,00
TOTALE		€ 6.453.568,29	€ 5.505.180,01	€ 5.491.892,69	€ 5.823.628,81	€ 5.575.151,51	€ 5.456.359,85



1.4.2 Prevenzione

Requisiti e descrizione

Processo che si occupa della prevenzione primaria e secondaria delle condizioni di disagio e di abuso della dipendenza da sostanze e dei comportamenti additivi sul territorio e in ambiti specifici.

Attività 2006

Centri di aggregazione giovanile.

CAG	Operatore ASL	N° educatori	N° attività 1° trimestre 07
Cernusco S/N (CAG Labirinto - adolescenti)	Meconi	5	5
Cassina De Pecchi (CAG Nautilus - adolescenti)	Meconi	4	5
Locate Triulzi (CAG Rebelot - adolescenti)	Gasparetti	3	5
Locate Triulzi (CAG Baraonda - preadolescenti)	Gasparetti	3	5

CIC	Operatore ASL	N° sportelli effettuati	N° colloqui 1° trimestre 07
Liceo Scientifico Statale "G. Bruno" (sede di Melzo)	Meconi	4	14
Liceo Scientifico Statale "G. Bruno" (sede di Cassano d'Adda)	Meconi	4	10
IPSIA Melzo	Gasparetti	6	15
ITIS Marconi Gorgonzola	Gasparetti	6	13
ITC Argentia Gorgonzola	Gasparetti	6	22
Istituto di Istruzione Superiore "Italo Calvino" - Rozzano	Ruzzenenti	4	8
Istituto di Istruzione Superiore "Italo Calvino" – ITAG sede	Bellini	8	12
Istituto di Istruzione Superiore "Piero della Francesca" (sede di Melegnano)	Palenzona	3	6
Istituto di Istruzione Superiore "Piero della Francesca" (sede di S. Donato M.se)	Palenzona	4	7

Centri di informazione e consulenza.

Istituto	Operatore ASL	N° insegnanti	N° attività 1° trimestre 07
Liceo scientifico, classico e linguistico "Primo Levi" S. Donato Milanese	Assi, Meconi, Viviani	16	2
Istituto di Istruzione Superiore "Piero della Francesca" S. Donato Milanese	Assi, Meconi, Viviani	9	2
Enaip - Melzo	Assi, Meconi, Viviani	20	2
Istituto d'Istruzione Superiore "Nicolò Machiavelli" Pioltello	Assi, Meconi, Viviani	15	2

Attività di progettazione.

Progetto	Operatore ASL	N° Istituti Istruzione media superiore	N° attività 1° trimestre 07
Così san Tutti	Meconi, Assi, Viviani	4	8

Attività di consulenza.

Istituto	Operatore ASL	N° studenti/insegnanti/altri operatori coinvolti	N° attività 1° trimestre 07
ITIS Marconi Gorgonzola	Gasparetti	200	8
ITC Argentia Gorgonzola	Gasparetti	250	10
Liceo Scientifico Statale G. Bruno (sede di Melzo)	Meconi	25	1
Liceo Scientifico Statale G. Bruno (sede di Cassano d'Adda)	Meconi	25	1
Istituto di Istruzione Superiore "N. Machiavelli" - Pioltello	Assi, Meconi	20	1
Istituto di Istruzione superiore "Italo Calvino" - Rozzano	Ruzzenenti	* 700 studenti 2 insegnanti	35 2
Istituto di Istruzione Superiore "Piero della Francesca" S. Donato Milanese	Palenzona	160	8
Istituto di Istruzione Superiore "Piero della Francesca" S. Donato Milanese	Palenzona	300	12
Istituto di Istruzione Superiore "Italo Calvino" - Rozzano	Bellini, Ruzzenenti	125 studenti 2 insegnanti	5 4

*35 incontri x 20 studenti per classe

Progetto Religo

Il progetto interregionale Religo si è concluso nella sua fase sperimentale e il 30 marzo 2006 si è svolto il convegno conclusivo del progetto a Milano. L'ASL MI2 prosegue la progettualità, così come previsto dalla determina dirigenziale n. 141 del 16 dicembre 2005 "Attuazione di interventi collegati alle sperimentazioni regionali" ai sensi della L. 45/99.

Azioni svolte nel 2006

- Prosecuzione collaborazione con la Cooperativa Lotta Contro l'emarginazione per garantire l'incarico dell'operatore precedentemente individuato per lo svolgimento delle attività progettuali ai sensi della DGR VII/8959/02, Determinazione Dirigenziale n. 63 del 23.06.2006 "Autorizzazione per la liquidazione del contributo alla Cooperativa Lotta Contro l'Emarginazione" nell'ambito del progetto: "Attuazione di interventi collegati alle sperimentazioni regionali" ai sensi della L.45/99 (DGR n. VII/19977 del 23.12.2004) sottoprogetto RE-LIGO.
- Progettazione e definizione obiettivi.
- Preparazione e realizzazione del poster presentato al Convegno di conclusione della sperimentazione interregionale relativo al progetto Religo nel territorio dell'ASL MI2
- Contatti per la partecipazione al Convegno in cui sono stati presentati i risultati della ricerca effettuata sul territorio ed è stato distribuito ai partecipanti il manuale "Per una prevenzione efficace" a cura di Liliana Leone e Corrado Celata.
- Studio e analisi degli strumenti legati alla banca dati EDDRA (questionario, sito internet).
- Scelta di due progetti al quale è stato applicato lo strumento EDDRA: realizzazione interviste con i progettisti, studio del materiale inerente il progetto e compilazione del questionario e successive revisioni (in questo momento EDDRA è fermo a causa del cambio del referente nazionale)
- Raccolta di materiali utili per la progettazione di interventi di prevenzione e sistematizzazione degli stessi per diverse aree tematiche, per fonte (europea e non) etc, che costituiranno la base per la costruzione della banca dati Religo.
- Attivazione sperimentazione nel Comune di Gessate di un modello di prevenzione - Determina n. 65 del 23.06.06 - Autorizzazione per il trasferimento del contributo assegnato al Comune di Gessate nell'ambito del progetto: "Attuazione di interventi collegati alle sperimentazioni regionali" ai sensi della L.45/99 (DGR n. VII/19977 del 23.12.2004) sottoprogetto RE-LIGO)
- Attivazione da parte della Coop Marcella dello sviluppo del modello Salvapatente, ovvero produzione della versione cd avanzata per l'implementazione online, l'aggiornamento della fruizione del prodotto nei servizi pubblici e la fornitura della documentazione cartacea – Determina n. 76 del 06.07.2006 - Progetto "Attuazione di interventi collegati alle sperimentazioni regionali" – L. 45/99 (DGR VII/19977 del 23.12.2004 All.to 3 Liquidazione quota sviluppo progetto Salvapatente.
- Incontri con i progettisti del territorio

- Costruzione mailing list per la comunicazione e la condivisione con i progettisti di materiali interni o esterni
- Distribuzione allargata al territorio dei risultati della ricerca effettuata dal progetto interregionale Religo
- Presentazione a tutti i progettisti e ai referenti territoriali in tema di prevenzione di alcuni strumenti utili alla progettazione: Eddra, Linee Guida e buone prassi
- Realizzazione banca dati elettronica dei materiali già raccolti e aggiornamento in itinere.

1.4.3 Programmazione, coordinamento e qualità

Indirizzi del Processo e requisiti standard

L'attività di produzione del settore dipendenze, tramite le UO SerT, Alcologia e Carcere, si concentrerà sui volti variegati e complessi delle dipendenze patologiche, con prestazioni e interventi previsti dai Livelli Essenziali di Assistenza.

In particolare le nuove evidenze riguardano l'invecchiamento della persona eroinomane e la presenza sempre più frequente di patologie psichiatriche correlate, il diffondersi del poliabuso, i nuovi stili di consumo, la crescita dell'abuso e dipendenza da cocaina, l'importanza dell'intervento sull'abuso e dipendenza da alcol, la crescente presenza di persone con problemi di dipendenza in ambito carcerario e la costruzione di validi interventi alternativi.

Tramite l'OTDT (Osservatorio Territoriale Droghe e Tossicodipendenze) il Dipartimento non solo definisce ed elabora gli elementi epidemiologici utili all'attività di controllo di gestione, ma con report specifici contribuisce agli indirizzi territoriali in rapporto con gli altri servizi ASL, gli Uffici di Piano, le realtà associative e del volontariato, gli accreditati.

Nello specifico:

1. individuare le soluzioni operative per l'ottimizzazione dell'accesso degli utenti alla rete dei servizi sociosanitari pubblici e privati (UO SerT e Alcologia, Reparti ospedalieri, Strutture residenziali e semi-residenziali, Cooperative sociali);
2. studiare e proporre soluzioni per ottimizzare le procedure, garantire interventi di prevenzione, cura e reinserimento di elevato livello qualitativo, con particolare riguardo alla riduzione dei tempi di attesa per l'entrata in trattamento, dei trattamenti impropri e della riduzione del tasso di mancata presa in carico, in collaborazione con le strutture competenti dell'ASL e le istituzioni extra-aziendali;
3. attuare il coordinamento delle unità operative interessate, attraverso lo studio e la definizione delle procedure operative concordate e comuni al fine di far convergere esperienze cliniche, conoscenze scientifiche, competenze tecniche ed assistenziali;
4. garantire il raccordo nell'attuazione della programmazione nel settore delle dipendenze tra Servizio Territoriale delle Dipendenze (da qui, SerT) e Privato Accreditato, Scuola, Enti Locali, Prefettura, Magistratura, Forze dell'Ordine, Carcere, Volontariato, ecc., sulla scorta degli indirizzi contenuti nel POFA, nel Documento di Programmazione e coordinamento dei servizi sanitari e sociosanitari dell'ASL MI2 e nel Piano Territoriale del

Dipartimento t.f. delle Dipendenze e degli indirizzi stabiliti dal Comitato degli Accreditati;

5. promuovere l'allineamento degli obiettivi con le indicazioni aziendali e regionali;

6. coordinare ed integrare le attività di registrazione ed archiviazione centralizzata dei dati e della reportistica;

7. promuovere le attività di aggiornamento e formazione sulla base delle indicazioni delle diverse unità operative SerT, dei piani strategici aziendali e regionali;

8. attuare e concorrere al controllo e alla verifica costante della qualità dell'assistenza fornita dalle UO del SerT, dei risultati clinici e dello sviluppo dei programmi comuni concordati con la direzione strategica;

9. produrre un miglioramento degli aspetti gestionali generali, una razionalizzazione della spesa e un contenimento dei costi;

10. Attuare il coordinamento delle unità operative del dipartimento e del SerT;

11. Definire, concordare ed applicare "linee guida" e processi formali come principale strumenti di coordinamento e "un sistema gestionale comune" per la valutazione dell'efficacia e dell'efficienza;

12. Definire e gestire interventi sul paziente tossicodipendente con patologia psichiatrica con la collaborazione di altri dipartimenti (es. con il dipartimento di salute mentale), per la definizione della responsabilità di gestione primaria del caso (ruolo di case manager o secondario di consulenza);

13. Integrare unità operative extra aziendali ed appartenenti al privato accreditato nel nucleo decisionale e di programmazione degli interventi, con ruolo consultivo e di compartecipazione operativa;

14. Fornire elementi ed indicazioni per la programmazione aziendale e territoriale;

15. Monitorare e sorvegliare il mantenimento dei criteri necessari all'autorizzazione al funzionamento e accreditamento del Servizio Territoriale delle Dipendenze della ASL MI2;

16. Promuovere, sostenere ed ottemperare alle disposizioni europee, ministeriali e regionali per il monitoraggio e la valutazione degli interventi clinico-riabilitativi e dei risultati ottenuti;

17. Patrocinare, proporre e condurre attività di ricerca territoriali, regionali e nazionali;

18. Elaborare report periodici sull'attività dell'Osservatorio e dei Servizi pubblici (SerT) e privati.

19. Monitorare le attività preventive, cliniche e riabilitative sulle dipendenze;

20. Istruttoria, monitoraggio e rendicontazione dei progetti legati alle leggi di settore.

2. USO DI DROGHE NELLA POPOLAZIONE

2.1 Consumi psicoattivi nella popolazione generale

- 2.1.1 Consumi di eroina
- 2.1.2 Consumi di cocaina
- 2.1.3 Consumi di alcol
- 2.1.4 Consumi di tabacco
- 2.1.5 Consumi di cannabis
- 2.1.6 Altri consumi psicoattivi

2.2 Consumi psicoattivi nei giovani scolarizzati

- 2.2.1 Consumi di eroina
- 2.2.2 Consumi di cocaina
- 2.2.3 Consumi di alcol
- 2.2.4 Consumi di tabacco
- 2.2.5 Consumi di cannabis
- 2.2.6 Altri consumi psicoattivi

2.3 Il policonsumo

- 2.3.1 Il policonsumo nella popolazione residente
- 2.3.2 Il policonsumo nei giovani scolarizzati

2.4 Contesto sociale e culturale

2. USO DI DROGHE NELLA POPOLAZIONE

2.1 CONSUMI PSICOATTIVI NELLA POPOLAZIONE GENERALE

I dati relativi alla diffusione dei consumi di sostanze psicoattive illegali nella popolazione della provincia di Milano sono estratti dall'indagine campionaria nazionale IPSAD-Italia®2005-2006 (Italian Population Survey on Alcohol and other Drugs) realizzata dal Consiglio Nazionale delle Ricerche. Tale indagine ha lo scopo di monitorare i consumi di droghe, di alcol e di tabacco nella popolazione di età compresa tra i 15 ed i 64 anni, in accordo con gli standard metodologici definiti dall'Osservatorio Europeo delle Droghe e delle Tossicodipendenze (OEDT).

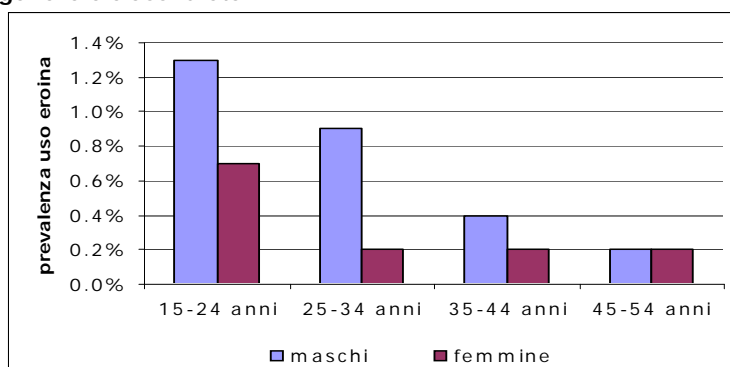
Lo studio è stato realizzato attraverso la somministrazione di un questionario anonimo inviato per posta ad un campione selezionato di soggetti: le domande presenti nel questionario non permettono di risalire in alcun modo all'identità di chi lo compila.

2.1.1 Consumi di eroina

Dall'analisi sui consumi di eroina negli ultimi dodici mesi, si evidenzia che le stime sul campione intervistato nell'area di Milano decrescono all'aumentare dell'età.

I maschi 15-24enni riferiscono un uso pari all'1,3%, percentuale doppia rispetto alle femmine della stessa classe di età. Nel gruppo femminile fra i 25 e i 34 anni la prevalenza d'uso è pari allo 0,2%, mentre per i maschi coetanei si stima una diffusione dell'uso 4 volte maggiore. Per entrambi i sessi, nelle ultime classi di età indagate, si registrano percentuali di utilizzo che oscillano tra lo 0,2% e lo 0,4%.

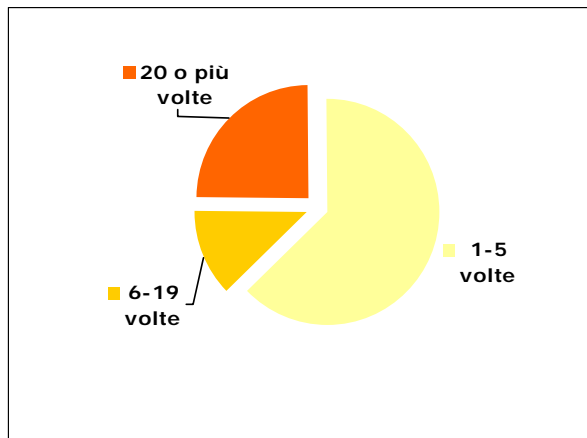
Grafico 2.1. Uso di eroina (una o più volte negli ultimi 12 mesi). Distribuzione per genere e classi d'età.



Elaborazione sui dati IPSAD-Italia®2005-2006

Rispetto alla frequenza d'uso di eroina, tra coloro che riferiscono di averne consumato negli ultimi 12 mesi (Grafico 2.2), si osserva che più della metà dei soggetti l'ha assunta da 1 a 5 volte (62,5%), il 13% da 6 a 19 volte, e un quarto degli utilizzatori dichiara una frequenza che va oltre le 20 volte.

Grafico 2.2. Distribuzione della frequenza di utilizzo fra i consumatori di eroina (almeno una volta negli ultimi 12 mesi).

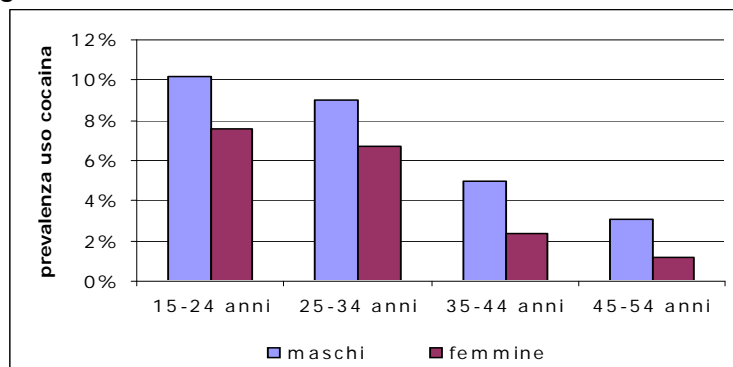


Elaborazione sui dati IPSAD-Italia®2005-2006

2.1.2 Consumi di cocaina

Come per l'eroina, l'esperienza d'uso della cocaina assume un andamento decrescente con l'aumento dell'età degli intervistati. In tutte le classi di età sono i maschi a riferire un maggior utilizzo, passando dal 10% dei 15-24enni al 3% nel campione dei più adulti. Mentre le femmine più giovani si attestano intorno all'8%, percentuale che scende all'1% nella classe di età 45-54enni.

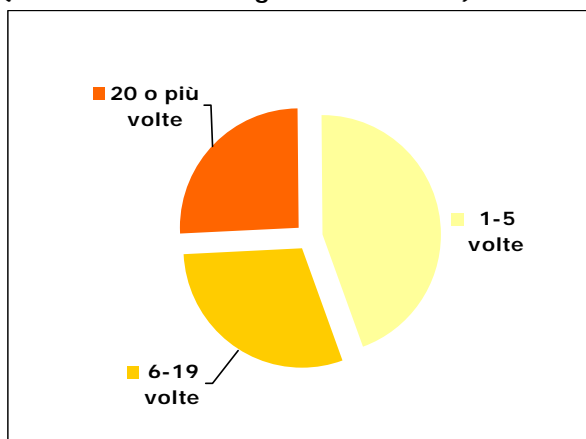
Grafico 2.3. Uso di cocaina (una o più volte negli ultimi 12 mesi). Distribuzione per genere e classi d'età.



Elaborazione sui dati IPSAD-Italia®2005-2006

Per quanto riguarda la frequenza d'uso della cocaina fra i consumatori negli ultimi 12 mesi si osserva che il 44% riferisce di aver utilizzato la sostanza da 1 a 5 volte, il 20% da 6 a 19 volte e il 26% ne ha consumato da 20 a più volte (Grafico 2.4).

Grafico 2.4. Distribuzione della frequenza di utilizzo fra i consumatori di cocaina (almeno una volta negli ultimi 12 mesi).



Elaborazione sui dati IPSAD-Italia©2005-2006

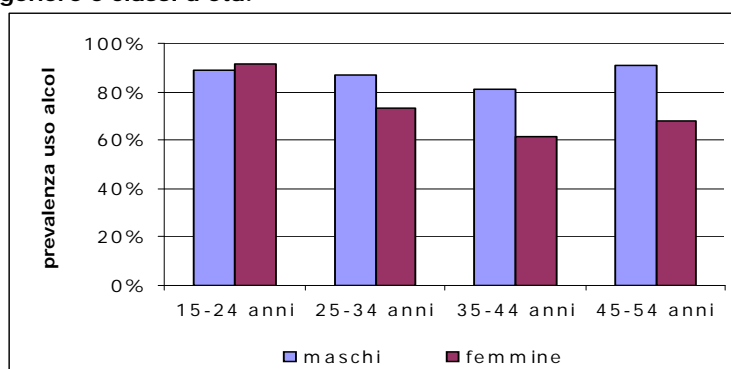
2.1.3 Consumi di alcol

L'uso di sostanze alcoliche nell'ultimo anno è caratterizzato da un andamento omogeneo nei due sessi nella classe di età più piccola in esame (maschi: 89%; femmine: 91%).

Per entrambi i generi, nelle classi di età successive le prevalenze diminuiscono, ma sono i maschi a dichiarare un maggior utilizzo, difatti, tra i 25 e i 34 anni si rileva una prevalenza dell'87%, mentre le femmine della stessa classe di età si attestano al 73,4%.

Tra i 35-54enni le prevalenze dei maschi oscillano tra 80 e il 90%, mentre sono circa il 60% le femmine che dichiarano l'utilizzo di alcol.

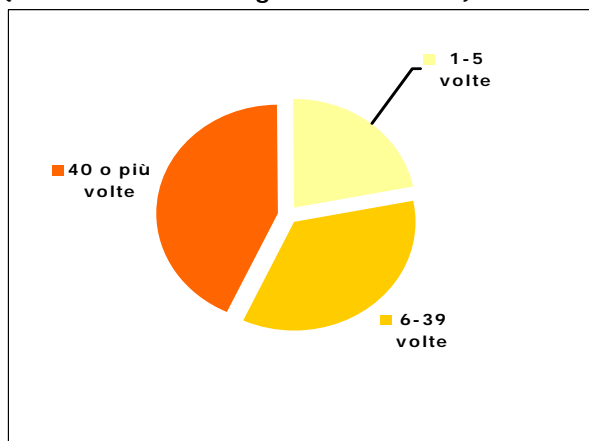
Grafico 2.5. Uso di alcol (una o più volte negli ultimi 12 mesi). Distribuzione per genere e classi d'età.



Elaborazione sui dati IPSAD-Italia©2005-2006

La frequenza del consumo di alcol negli ultimi dodici mesi (Grafico 2.6), risulta da 1 a 5 volte per il 22% dei consumatori, per coloro che dichiarano di aver utilizzato alcol da 6 a 39 volte è pari al 35% ed infine, nella classe di consumo più elevata, 40 o più volte, si attesta al 43% di coloro che fanno uso.

Grafico 2.6. Distribuzione della frequenza di utilizzo fra i consumatori di alcol (almeno una volta negli ultimi 12 mesi).

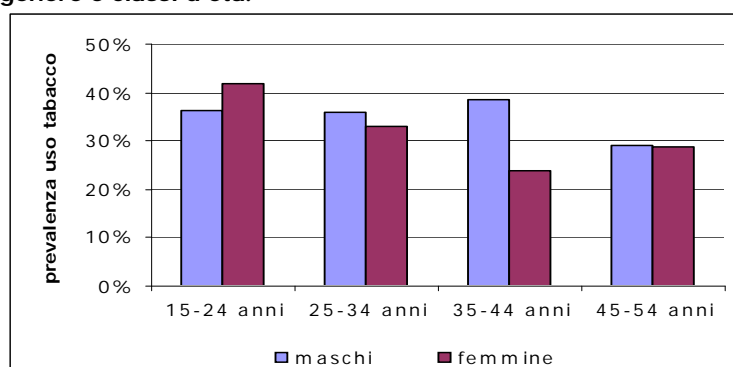


Elaborazione sui dati IPSAD-Italia®2005-2006

2.1.4 Consumi di tabacco

Per ciò che riguarda l'utilizzo di tabacco una o più volte nell'ultimo anno, nella popolazione generale rappresentante l'area di Milano non si registrano differenze di genere sostanziali, eccetto che per il 35-44enni, difatti, in tale classe d'età sono i maschi a dichiarare un maggior utilizzo (maschi: 38,7%; femmine: 24%). Nelle restanti fasce di età risultano simili i consumi tra i generi, intorno al 40% nei 15-24enni ed al 35% in quella successiva, mentre tra i 45-54enni si attestano di poco inferiori al 30%.

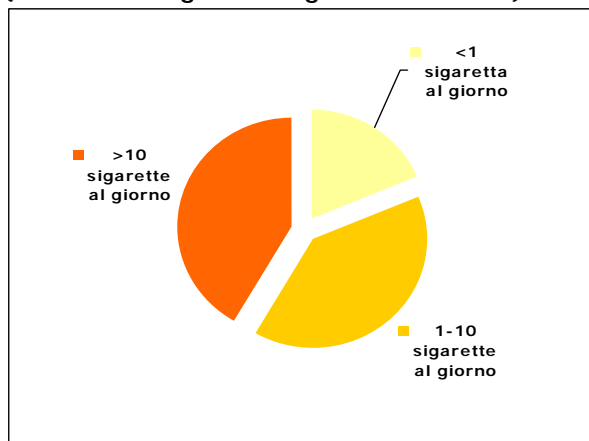
Grafico 2.7. Uso di tabacco (una o più volte negli ultimi 12 mesi). Distribuzione per genere e classi d'età.



Elaborazione sui dati IPSAD-Italia®2005-2006

Riguardo alla frequenza dell'utilizzo di tabacco negli ultimi dodici mesi (Grafico 2.8), si rileva che circa il 29% dei fumatori dichiara di aver fumato meno di una sigaretta al giorno, il 40% ne ha fumate da 1 a 10 e il 42% fuma più di mezzo pacchetto di sigarette in una giornata.

Grafico 2.8. Distribuzione della frequenza di utilizzo fra i consumatori di tabacco (almeno una sigaretta negli ultimi 12 mesi).



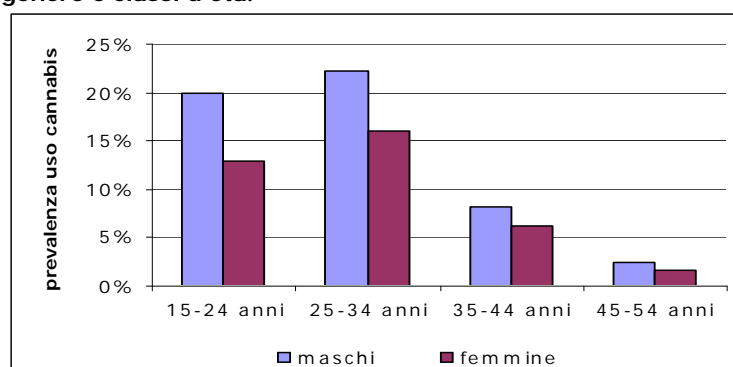
Elaborazione sui dati IPSAD-Italia®2005-2006

2.1.5 Consumi di cannabis

Dall'analisi effettuata sul campione dei rispondenti, riguardo l'uso di cannabis una o più volte nell'ultimo anno, risulta che sono i più giovani a consumare in maggior misura (maschi 15-24enni:24%; femmine 15-24enni:13%), (maschi 25-34enni:22,3%; femmine 25-34enni:16%).

Nelle fasce di età successive i consumi diminuiscono per entrambi i sessi, e si registrano consumi oltre 5% per i maschi e le femmine con età compresa tra i 35 e 44anni e il 2% per i 45-54enni.

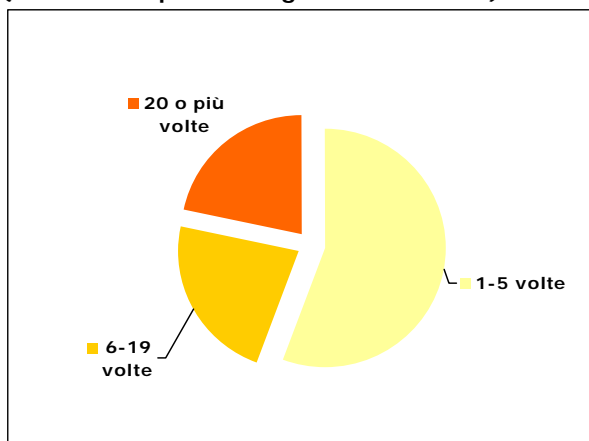
Grafico 2.9. Uso di cannabis (una o più volte negli ultimi 12 mesi). Distribuzione per genere e classi d'età.



Elaborazione sui dati IPSAD-Italia®2005-2006

Per quanto riguarda la frequenza d'uso (Grafico 2.10) mesi si osserva che sul totale dei consumatori di cannabis più della metà dichiara di averla utilizzata nel corso dell'ultimo anno da 1 a 5 volte (55%), mentre sono il 23% sia coloro che nell'arco di un anno hanno consumato da 6 a 19 volte la sostanza sia quelli che la utilizzano 20 o più volte.

Grafico 2.10. Distribuzione della frequenza di utilizzo fra i consumatori di cannabis (almeno un episodio negli ultimi 12 mesi).



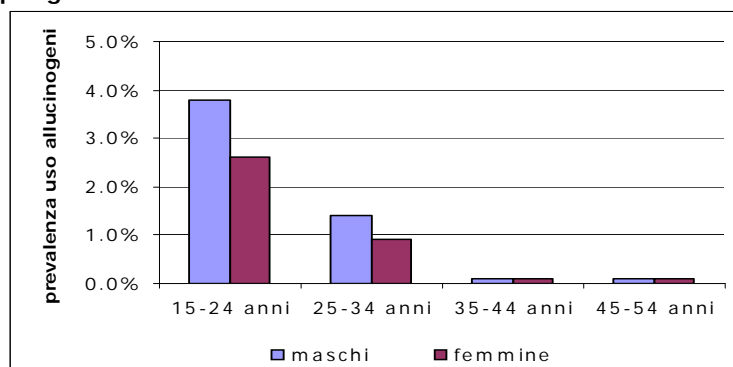
Elaborazione sui dati IPSAD-Italia®2005-2006

2.1.6 Altri consumi psicoattivi

Per entrambi i sessi, la contiguità con gli allucinogeni risulta maggiore nelle classi di età più basse. Nei più giovani le frequenze d'uso si attestano al 3,8% per i maschi e al 2,6% per le femmine, mentre tra i 25 e i 34 anni i consumi dichiarati sono dell'1,4% per il sesso maschile e dello 0,9% per il sesso opposto.

L'utilizzo della sostanza diminuisce allo 0,1% per le altre classi di età indagate.

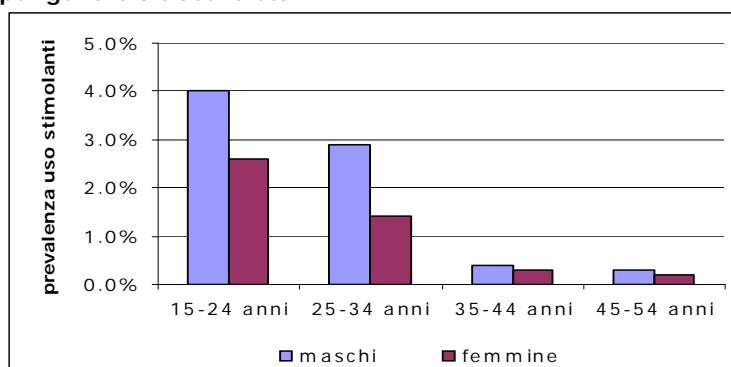
Grafico 2.11. Uso di allucinogeni (una o più volte negli ultimi 12 mesi). Distribuzione per genere e classi d'età.



Elaborazione sui dati IPSAD-Italia®2005-2006

Stessa tendenza viene registrata per l'uso di stimolanti una o più volte negli ultimi 12 mesi (Grafico 2.12), dove sono i maschi e le femmine più giovani a dichiarare un maggior utilizzo (Maschi 4%; Femmine 2,6%). Percentuali poco più basse per quanto riguarda i soggetti tra i 25 e 34 anni dove l'uso stimato è pari al 2,9% per i maschi e all'1,4% per le femmine. Infine nelle restanti classi di età si osservano stessi consumi nei due sessi, che si attestano intorno allo 0,2% sia per i 35-44enni sia per l'ultima classe di età.

Grafico 2.12. Uso di stimolanti (una o più volte negli ultimi 12 mesi). Distribuzione per genere e classi d'età.



Elaborazione sui dati IPSAD-Italia©2005-2006

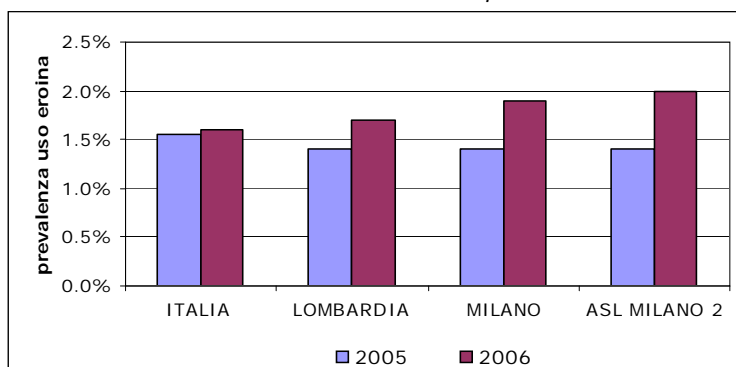
2.2 CONSUMI PSICOATTIVI NEI GIOVANI SCOLARIZZATI

I dati relativi alle prevalenze dei consumi di sostanze psicotrope legali ed illegali fra la popolazione studentesca sono stati estratti dallo studio ESPAD-Italia®2006. L'indagine campionaria ha lo scopo di monitorare i consumi di alcol, tabacco, psicofarmaci e droghe tra gli studenti delle scuole medie superiori, attraverso la compilazione di un questionario anonimo autosomministrato.

2.2.1 Consumi di eroina

Nel Grafico 2.13 si mettono a confronto i consumi di eroina negli ultimi 12 mesi per gli anni 2005 e 2006. Nel territorio Italiano l'utilizzo della sostanza nell'ultimo anno rimane invariato per i due anni a confronto. Nella regione Lombardia si passa dall'1,4% del 2005 all'1,3% dell'anno successivo, aumento registrato anche per la provincia di Milano (2005: 1,4%; 2006: 1,9%) e per la zona territoriale della ASL MI2, che si attesta per il 2006 al 2%, facendo registrare un aumento dello 0,6% rispetto all'anno precedente.

Grafico 2.13. Uso di eroina (una o più volte negli ultimi 12 mesi). Confronto Italia-Lombardia-Provincia di Milano-ASL MI 2, anni 2005-2006.

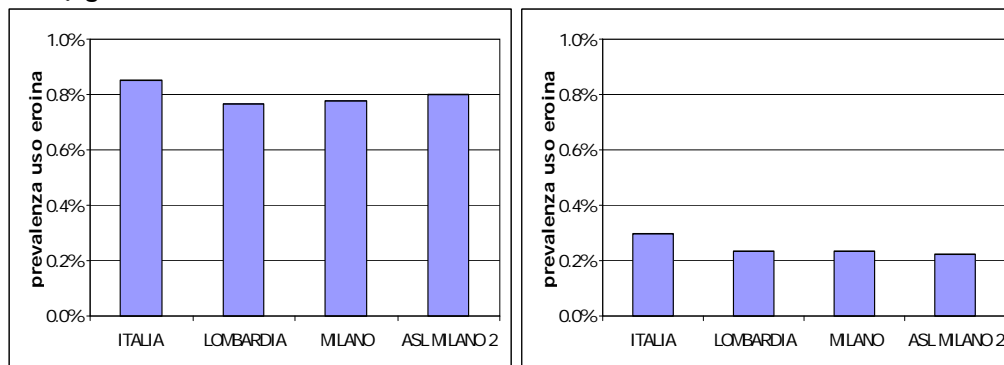


Elaborazione sui dati ESPAD-Italia®2005, ESPAD-Italia®2006

Per quanto riguarda la stessa sostanza, l'utilizzo negli ultimi trenta giorni per i rispondenti rappresentativi della Lombardia, della provincia di Milano e per quelli dell'ASL MI2, si evidenziano stime di consumo in linea con il dato Nazionale. Analogo quadro si può osservare per le stime di consumo abituale di eroina, gli studenti della regione, della provincia e quelli appartenenti alle scuole del territorio dell'ASL MI2 dichiarano un consumo pari allo 0,2, percentuale pressoché analoga al dato nazionale.

Grafico 2.14. Uso di eroina. Confronto Italia-Lombardia-Provincia di Milano-ASL MI2.

a) grafico a sinistra: uso di eroina una o più volte negli ultimi 30 giorni;
b) grafico a destra: uso di eroina abituale.



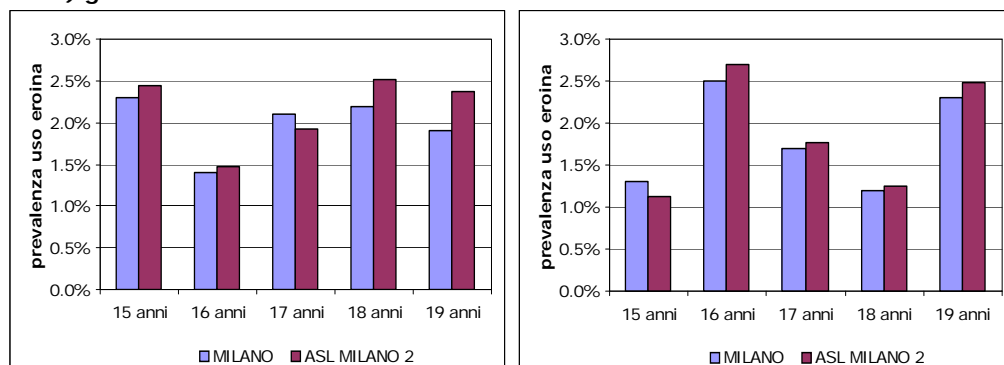
Elaborazione sui dati ESPAD-Italia® 2006

I Grafici 2.15a e 2.15b illustrano il consumo di eroina nell'ultimo anno distribuito per sesso e distinto per aree territoriali, provincia di Milano e ASL MI2. Per entrambi i sessi non si registrano sostanziali differenze nelle due zone indagate. Gli studenti 19enni dell'ASL MI2 (2,4%) dichiarano un utilizzo maggiore rispetto ai loro coetanei della provincia di Milano (1,9%). Solita tendenza si registra per i maschi della classe di età più bassa (Milano:2,5%; ASL MI2:2,2%), mentre i 16enni e i 17enni si attestano rispettivamente all'1,5% e al 2%. Infine i più giovani che dichiarano un consumo intorno al 2,5%.

Per le studentesse della classe di età più grande, la stima di utilizzo di eroina nell'ultimo anno è del 2,5% per le rispondenti dell'ASL MI2, e del 2,3% per quelle della provincia di Milano. Percentuali analoghe si osservano per le 16enni di entrambe le aree indagate, mentre per le ragazze delle altre fasce di età le stime oscillano tra l'1% e l'1,5%.

Grafico 2.15. Uso di eroina (una o più volte negli ultimi 12 mesi). Distribuzione per genere e classi d'età. Confronto Provincia di Milano-ASL MI2.

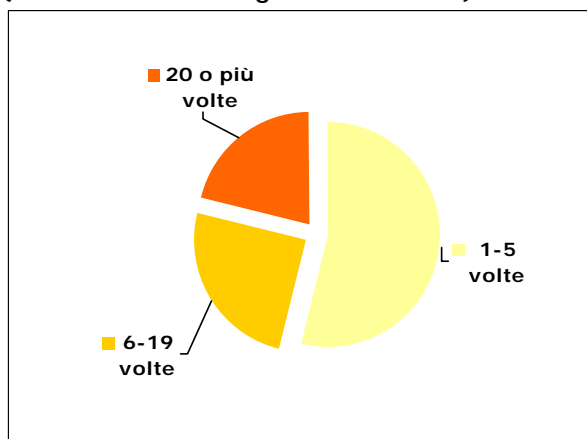
a) grafico a sinistra: maschi;
b) grafico a destra: femmine.



Elaborazione sui dati ESPAD-Italia® 2006

Più della metà degli studenti che dichiarano di utilizzare eroina lo ha fatto da 1 a 5 volte negli ultimi dodici mesi, un quarto del campione lo ha fatto da 6 a 19 volte nell'ultimo anno, mentre il 21% sostiene di consumare la sostanza con una frequenza che va da 20 a più volte.

Grafico 2.16. Distribuzione della frequenza di utilizzo fra i consumatori di eroina (almeno una volta negli ultimi 12 mesi).



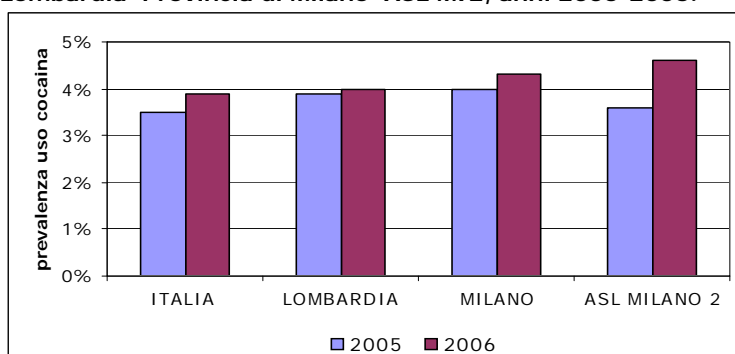
Elaborazione sui dati ESPAD-Italia®2006

2.2.2 Consumi di cocaina

In tutta la Lombardia, si stima che il consumo nell'ultimo anno (almeno una volta) di cocaina possa riguardare circa il 4% degli studenti frequentanti le scuole medie superiori. Leggermente superiori i consumi stimati per la provincia di Milano (4,3%) e per gli studenti dell'ASL MI2 (4,6%).

I consumi di cocaina dal 2005 al 2006 sembrano aumentati in Italia così come nella regione (Grafico 2.17) e nella provincia, ma con differenze maggiori per l'ASL MI2 (si passa dal 3,6% al 4,6%).

Grafico 2.17. Uso di cocaina (una o più volte negli ultimi 12 mesi). Confronto Italia-Lombardia-Provincia di Milano-ASL MI2, anni 2005-2006.



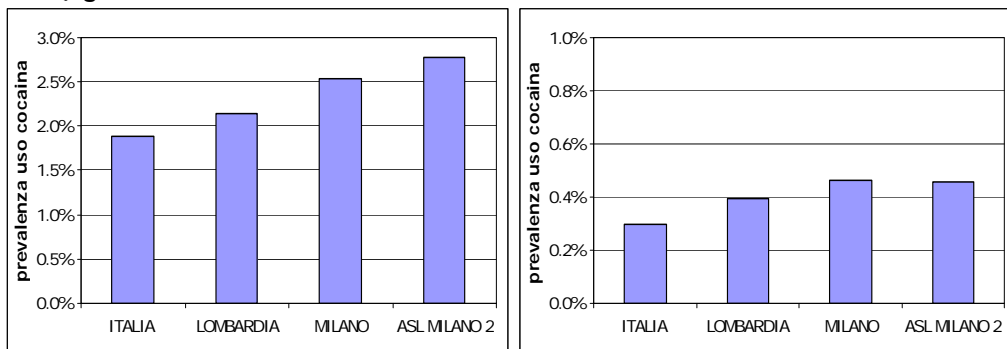
Elaborazione sui dati ESPAD-Italia®2005, ESPAD-Italia®2006

Per il consumo di cocaina negli ultimi trenta giorni (Grafico 2.18a) gli studenti frequentanti le scuole situate nel distretto dell'ASL MI2 sembrano riferire un consumo maggiore della sostanza (2,8%), non solo in confronto alla provincia (2,5%) e alla regione (2,15%), ma soprattutto rispetto alla nazione (1,9%).

Non sembrano rilevarsi differenze tra gli studenti della provincia di Milano e dell'ASL MI2 (0,46%) per ciò che riguarda l'uso abituale di cocaina (Grafico 2.18b). Tuttavia i consumi sono leggermente superiori a quelli registrati per la regione Lombardia (0,39%) e nel resto d'Italia (0,3%).

Grafico 2.18. Uso di cocaina. Confronto Italia-Lombardia-Provincia di Milano-ASL MI2.

- a) grafico a sinistra: uso di cocaina una o più volte negli ultimi 30 giorni;
b) grafico a destra: uso di cocaina abituale.

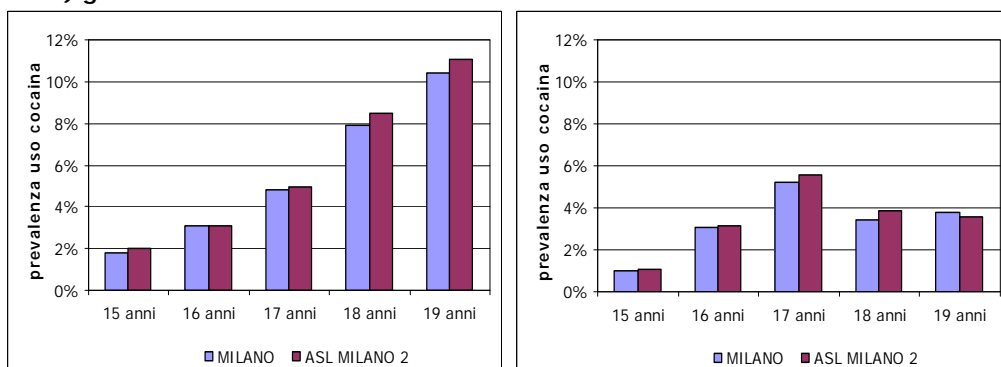


Elaborazione sui dati ESPAD-Italia®2006

L'uso di cocaina negli ultimi 12 mesi (Grafico 2.19) riferito dai maschi delle due aree territoriali indagate risulta avere un andamento proporzionale con l'età. Gli studenti 15enni della provincia di Milano e quelli dell'ASL MI2 dichiarano un uso pari al 2%, percentuale che sale oltre il 4% a 17 anni ed oltre il 10% nell'ultima classe di età indagata. Per le femmine si osserva la solita tendenza nelle prime classi di età, dove il consumo passa dall'1% per le 15enni fino ad arrivare intorno al 6% per le 17enni, percentuale che scende al 4% per le classi di età successive.

Grafico 2.19. Uso di cocaina (una o più volte negli ultimi 12 mesi). Distribuzione per genere e classi d'età. Confronto Provincia di Milano-ASL MI2.

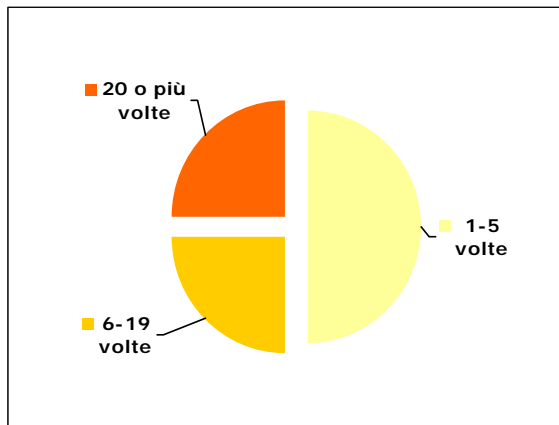
- a) grafico a sinistra: maschi;
b) grafico a destra: femmine.



Elaborazione sui dati ESPAD-Italia®2006

Per ciò che riguarda la frequenza d'uso di cocaina nell'arco degli ultimi dodici mesi si registra che sul totale dei consumatori sono la metà coloro che dichiarano di aver utilizzato la sostanza da 1 a 5 volte, mentre sono un quarto sia gli studenti che nell'arco di un anno hanno consumato da 6 a 19 la sostanza sia quelli che la utilizzano 20 o più volte.

Grafico 2.20. Distribuzione della frequenza di utilizzo fra i consumatori di cocaina (almeno una volta negli ultimi 12 mesi).



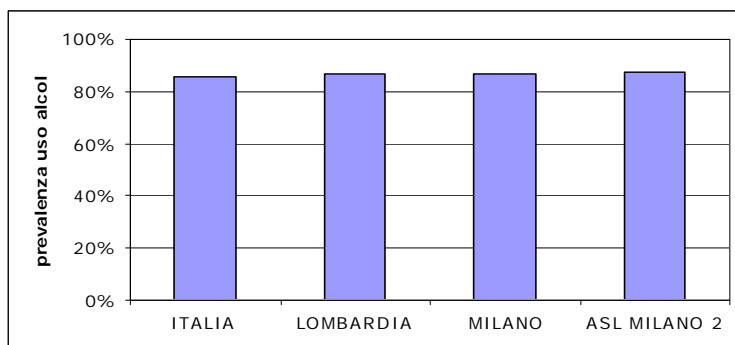
Elaborazione sui dati ESPAD-Italia©2006

2.2.3 Consumi di alcol

Dalle analisi effettuate si stima tra i 15 e i 19 anni abbiano consumato almeno una volta alcolici nell'ultimo anno circa il 93% degli studenti delle scuole situate nell'area dell'ASL MI2.

Come si può osservare dal Grafico 2.21, per ciò che riguarda il confronto con le altre aree territoriali, non si evidenziano sostanziali differenze tra i consumi riferiti nella provincia di Milano e in Lombardia (circa il 92%) e nel resto d'Italia (intorno al 91%).

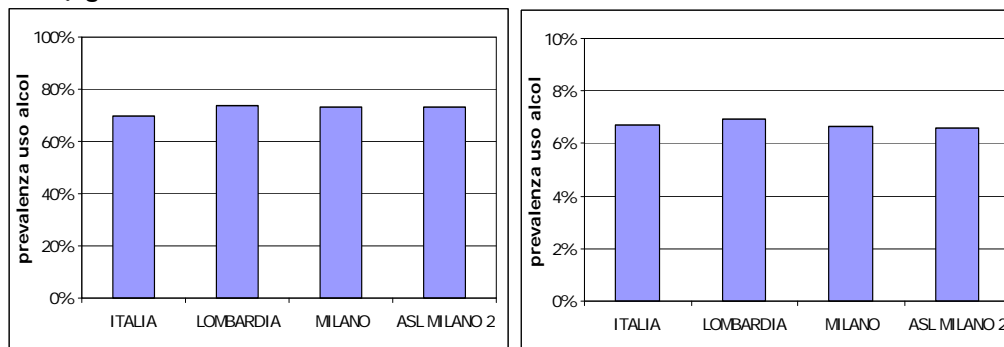
Grafico 2.21. Uso di alcol (una o più volte negli ultimi 12 mesi). Confronto Italia-Lombardia-Provincia di Milano-ASL MI2.



Elaborazione sui dati ESPAD-Italia©2006

Per quanto riguarda l'utilizzo di alcolici negli ultimi trenta giorni (Grafico 2.22a), la prevalenza di studenti che ne hanno fatto uso in Lombardia è superiore a quella del resto d'Italia (73,6% contro 69,6% nella nazione), tuttavia è in linea con le prevalenze stimate per la provincia di Milano e dell'ASL MI2 (72,9%). Non sembrano esserci differenze invece per quel che riguarda l'utilizzo di alcol giornaliero (intorno al 7%).

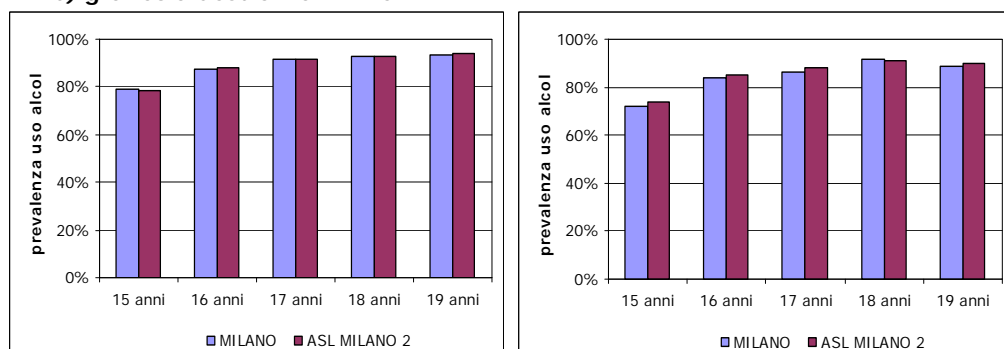
Grafico 2.22. Uso di alcol. Confronto Italia-Lombardia-Provincia di Milano-ASL MI 2.
a) grafico a sinistra: uso di alcol una o più volte negli ultimi 30 giorni;
b) grafico a destra: uso di alcol abituale.



Elaborazione sui dati ESPAD-Italia®2006

L'utilizzo di alcol riportato dagli studenti della provincia di Milano e quelli dell'ASL MI2 nell'ultimo anno (Grafico 2.23) risulta avere un andamento equivalente nei due generi. Se nella classe di età più piccola sono i maschi a dichiarare un maggior utilizzo rispetto alle loro coetanee, i consumi tra i 16 e i 19 anni sono gli stessi nei due sessi e per le due aree territoriali indagate, oscillando tra 85 e il 90%.

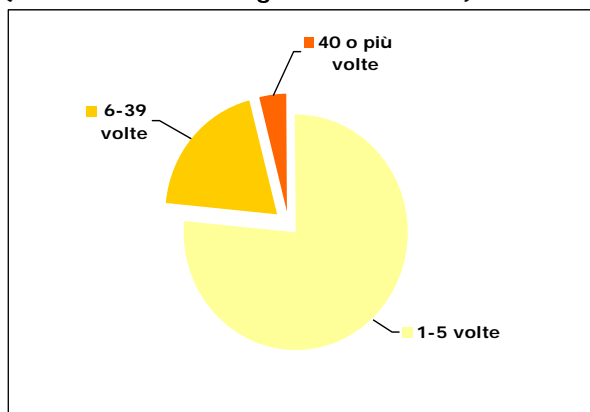
Grafico 2.23. Uso di alcol (una o più volte negli ultimi 12 mesi). Distribuzione per genere e classi d'età. Confronto Provincia di Milano-ASL MI 2.
a) grafico a sinistra: maschi;
b) grafico a destra: femmine.



Elaborazione sui dati ESPAD-Italia®2006

La frequenza di utilizzo nei consumatori di alcol si attesta al 76% per gli studenti che dichiarano di aver utilizzato la sostanza da 1 a 5 volte nell'ultimo anno, pari al 20% del campione per coloro che affermano di aver assunto alcol da 6 a 39 volte, mentre sono il 4% i giovani che consumano 40 o più volte nell'arco di dodici mesi.

Grafico 2.24. Distribuzione della frequenza di utilizzo fra i consumatori di alcol (almeno una volta negli ultimi 12 mesi).

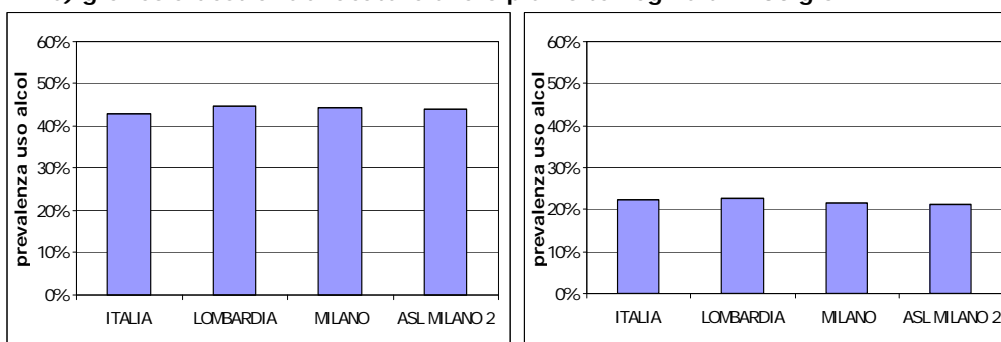


Elaborazione sui dati ESPAD-Italia©2006

Dal Grafico 2.25a non sembrano evidenziarsi sostanziali differenze per ciò che riguarda le prevalenze di ubriacature (almeno una volta negli ultimi dodici mesi) nelle diverse aree di indagine. In Italia il dato si attesta al 42,8%, mentre in Lombardia al 44,8%; in linea con quello della regione sia il dato provinciale che quello relativo all'ASL MI2 (44%). Medesima tendenza si registra per l'abuso di tale sostanza nell'arco dell'ultimo mese (Grafico 2.25b): nel 2006 in Italia hanno abusato il 22,8% degli studenti intervistati, nella Lombardia il 22,7%, nella provincia di Milano il 21,7% e nel distretto dell'ASL MI2 il 21,2%.

Grafico 2.25. Abuso di alcol. Confronto Italia–Lombardia–Provincia di Milano–ASL MI 2.

- a) grafico a sinistra: ubriacature una o più volte negli ultimi 12 mesi;
b) grafico a destra: ubriacature una o più volte negli ultimi 30 giorni.

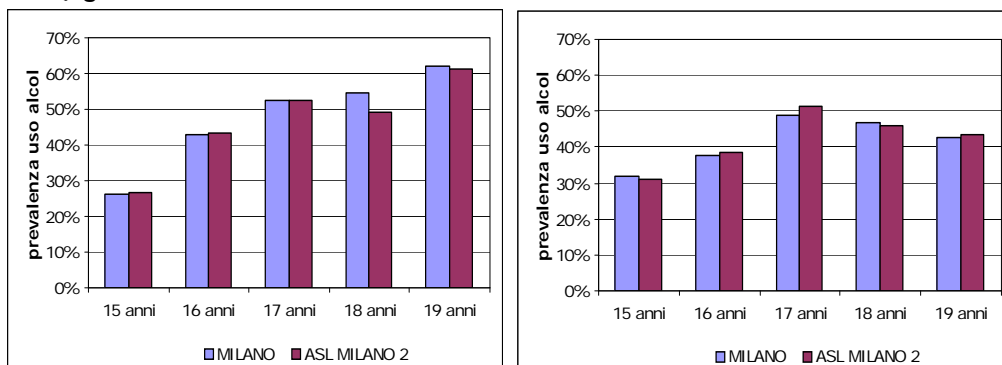


Elaborazione sui dati ESPAD-Italia©2006

Per ciò che riguarda l'abuso di alcol negli ultimi dodici mesi, dal Grafico 2.26 si osserva come la prevalenza aumenti al crescere dell'età per i maschi, mentre fa registrare un picco per le femmine 17enni sia per la provincia di Milano che per l'ASL MI2. Nella classe di età più piccola, per i ragazzi si stima un'esperienza di intossicazione alcolica pari al 26%, mentre per le ragazze intorno al 31%, percentuale che sale circa al 43% per i maschi 16enni ed è pari al 38% per le coetanee. Per i maschi i consumi aumentano fino a circa il 60% dei soggetti nella classe d'età maggiore, per le femmine si registra nelle 17enni una prevalenza del 50% che diminuisce al 43% nelle 19enni.

Grafico 2.26. Abuso di alcol (una o più volte negli ultimi 12 mesi). Distribuzione per genere e classi d'età. Confronto Provincia di Milano–ASL MI 2.

a) grafico a sinistra: maschi;
b) grafico a destra: femmine.

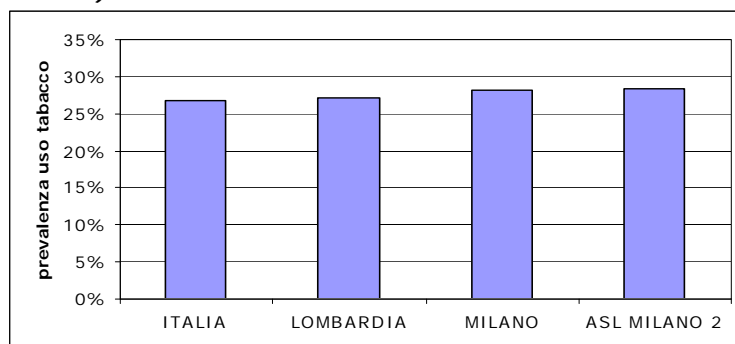


Elaborazione sui dati ESPAD-Italia®2006

2.2.4 Consumi di tabacco

Nella popolazione studentesca della ASL MI2, si stima che circa il 28,4% degli studenti hanno utilizzato quotidianamente tabacco nell'ultimo anno. Prevalenza simile si è registrata nel resto della provincia (Grafico 2.27), dove i consumi si attestano a circa il 28%, nella regione si rilevano consumi simili alla nazione (Lombardia:27%; Italia:27%).

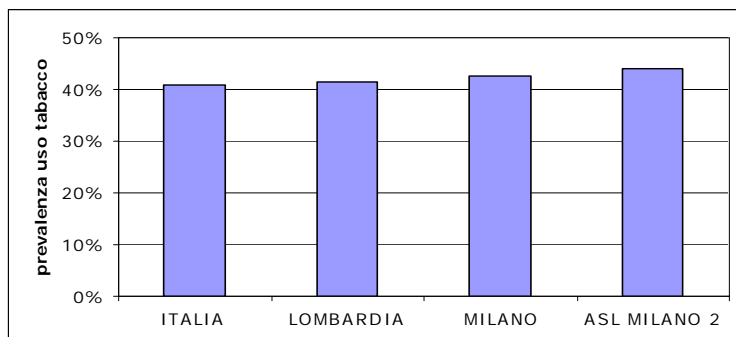
Grafico 2.27. Uso giornaliero di tabacco (almeno una sigaretta al giorno negli ultimi 12 mesi). Confronto Italia-Lombardia–Provincia di Milano–ASL Milano 2.



Elaborazione sui dati ESPAD-Italia®2006

Per ciò che riguarda l'uso di sigarette (almeno una volta) nell'ultimo mese, la prevalenza registrata in Lombardia (41,5%) è leggermente inferiore rispetto a quella rilevata nella provincia di Milano (42,6%) e nel distretto dell'ASL MI2 (44%), tuttavia superiore al resto d'Italia (40,9%).

Grafico 2.28. Uso di tabacco (almeno una sigaretta al giorno negli ultimi 30 giorni). Confronto Italia-Lombardia-Provincia di Milano-ASL MI 2.

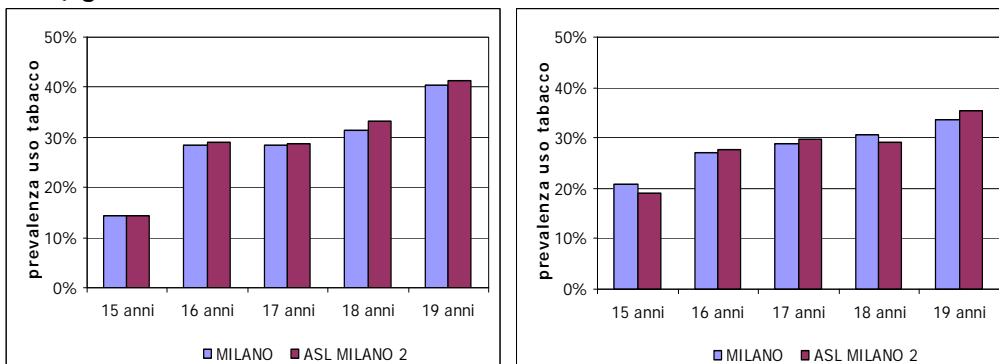


Elaborazione sui dati ESPAD-Italia©2006

Nella provincia di Milano e nell'ASL MI2 le differenze nei due sessi, per il consumo di sigarette negli ultimi dodici mesi (Grafico 2.29), risultano nelle classi di età marginali. Sono il 15% degli studenti 15enni a dichiarare l'uso di tabacco nell'ultimo anno, contro il 20% espresso dalle loro coetanee. Mentre nelle classi di età intermedie le stime di utilizzo sono intorno al 30% per i due generi, sono i maschi 19enni (40%) a riferire un utilizzo maggiore rispetto alle studentesse della stessa età (35%).

Grafico 2.29. Uso di tabacco (una o più volte negli ultimi 12 mesi). Distribuzione per genere e classi d'età. Confronto Provincia di Milano-ASL MI 2.

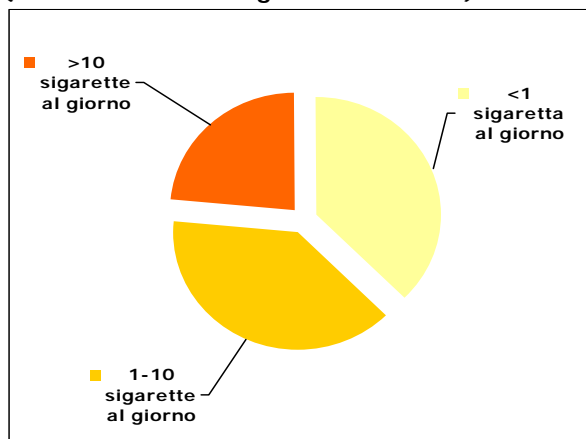
a) grafico a sinistra:maschi;
b) grafico a destra: femmine.



Elaborazione sui dati ESPAD-Italia©2006

Sul totale degli studenti che hanno riferito di utilizzare tabacco nell'ultimo anno dalla compilazione del questionario, sono il 37% quelli che fumano meno di una sigaretta al giorno, il 39% coloro che nell'arco di 24 ore ne fumano da 1 a 10, mentre risultano il 24% del campione quelli che fumano almeno mezzo pacchetto di sigarette al giorno.

Grafico 2.30. Distribuzione della frequenza di utilizzo fra i consumatori di tabacco (almeno una volta negli ultimi 12 mesi).

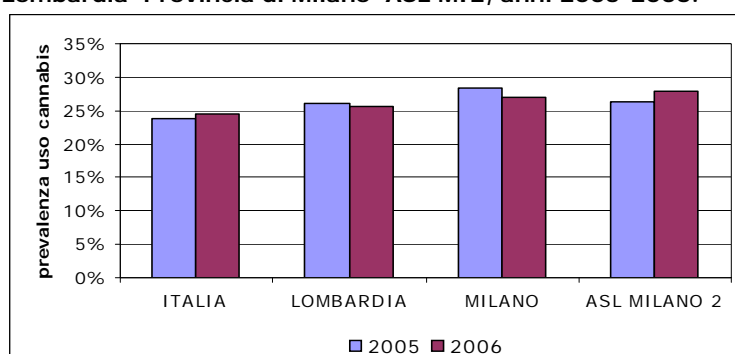


Elaborazione sui dati ESPAD-Italia©2006

2.2.5 Consumi di cannabis

Dall'analisi riguardo l'utilizzo di cannabis, circa il 28% degli studenti afferenti a scuole situate nel territorio dell'ASL MI2 si stima possano averne fatto uso una o più volte negli ultimi dodici mesi (Grafico 2.31). La prevalenza dell'uso di cannabis nell'ultimo anno nel resto della provincia è leggermente inferiore (27%), ancora di più se si analizza la prevalenza regionale (25,7%) e nazionale (24,5%). Per quanto riguarda il confronto con i dati del 2005 non sembrano riscontrarsi sostanziali differenze nelle aree d'interesse, eccetto che per un leggero aumento nel 2006 per l'ASL MI2 (2005: 26,2%) e una diminuzione nello stesso anno per la provincia di Milano (2005: 28,4%).

Grafico 2.31. Uso di cannabis (una o più volte negli ultimi 12 mesi). Confronto Italia-Lombardia-Provincia di Milano-ASL MI2, anni 2005-2006.



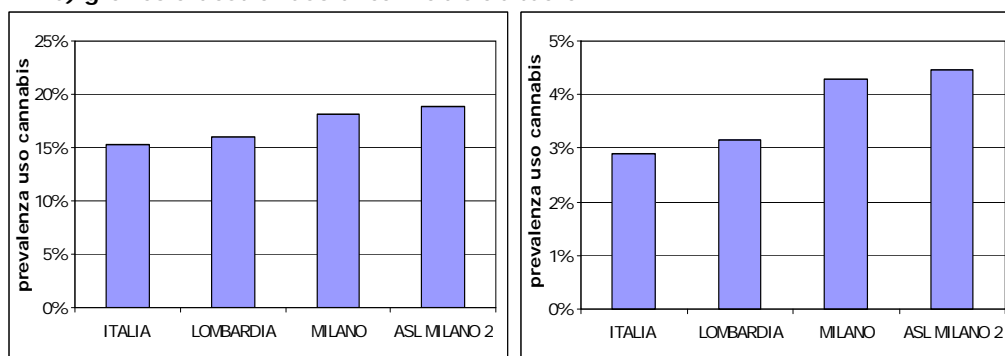
Elaborazione sui dati ESPAD-Italia©2005, ESPAD-Italia©2006

Circa il 19% degli studenti dell'ASL MI2 si stima abbia fatto uso di cannabis nell'ultimo mese, percentuale che risulta in linea con quella del resto della provincia (18,2%), ma superiore rispetto alla prevalenza registrata nella regione (16%) e soprattutto rilevata a livello nazionale (15,3%). Simili osservazioni si possono dedurre per l'uso giornaliero della sostanza indagata (Grafico 2.32b): 4,5% per gli studenti dell'ASL MI2 e 4,3% per i

coetanei provinciali, mentre ben diverse sono le prevalenze registrate nel resto della regione Lombardia (3,2%) e dell'Italia (2,9%).

Grafico 2.32. Uso di cannabis. Confronto Italia-Lombardia-Provincia di Milano-ASL MI2.

a) grafico a sinistra: uso di cannabis una o più volte negli ultimi 30 giorni;
b) grafico a destra: uso di cannabis abituale.



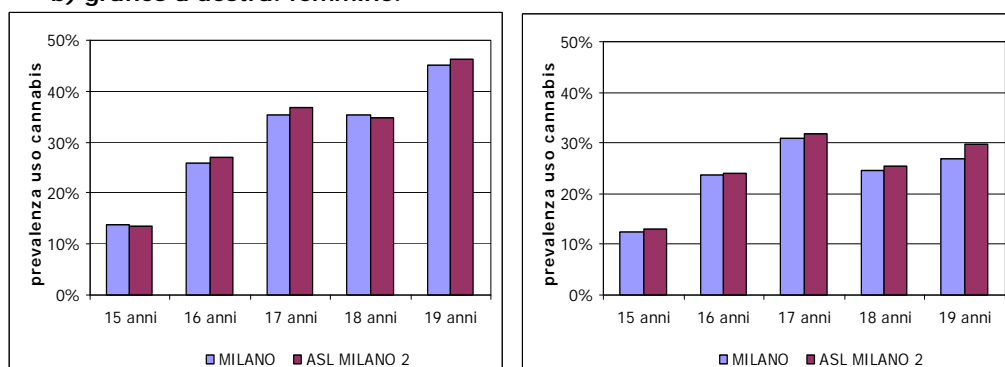
Elaborazione sui dati ESPAD-Italia©2006

Come per l'utilizzo di cocaina, l'uso di cannabis negli ultimi 12 mesi riferito dai maschi risulta avere un andamento proporzionale con l'età (Grafico 2.33). Per le due aree territoriali indagate gli studenti 15enni dichiarano un uso pari al 14%, consumi che aumentano fino al 36% nella classe di età intermedia, ed oltre il 40% per i maschi 19enni.

Le studentesse tra i 15 e i 16 anni si attestano su gli stessi valori dei loro coetanei, rispettivamente il 24% ed appena oltre il 30%. Per le ragazze delle classi di età successive i consumi si stabilizzano tra il 25 e il 30%.

Grafico 2.33. Uso di cannabis (una o più volte negli ultimi 12 mesi). Distribuzione per genere e classi d'età. Confronto Provincia di Milano-ASL MI2.

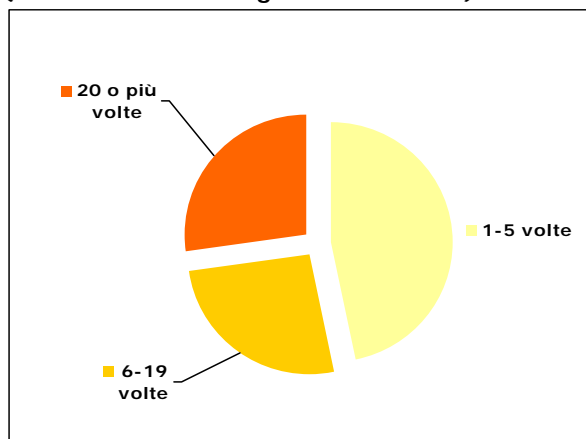
a) grafico a sinistra: maschi;
b) grafico a destra: femmine.



Elaborazione sui dati ESPAD-Italia©2006

Tra gli studenti delle scuole del territorio dell'ASL MI2 che hanno dichiarato di far uso di cannabis nell'ultimo anno il 47% ha assunto la sostanza da 1 a 5 volte, il 26% consuma cannabis da 6 a 19 volte in un anno e la stessa percentuale ne utilizza 20 volte o più.

Grafico 2.34. Distribuzione della frequenza di utilizzo fra i consumatori di cannabis (almeno una volta negli ultimi 12 mesi).



Elaborazione sui dati ESPAD-Italia©2006

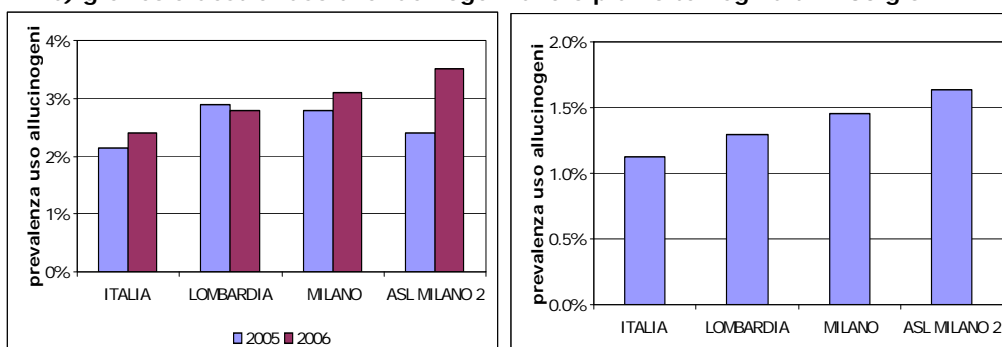
2.2.6 Altri consumi psicoattivi

Circa il 3,5% degli studenti nel distretto dell'ASL MI2 riferisce di aver fatto uso di sostanze allucinogene negli ultimi dodici mesi (Grafico 2.35a), prevalenza che risulta di poco superiore rispetto al resto della provincia, ma piuttosto alta rispetto alla stessa prevalenza rilevata nel 2005 (2,4%). Tuttavia, aumenti si sono registrati, rispetto all'anno precedente, anche nella provincia di Milano (dal 2,8% al 3,1%) e nel resto della nazione (dal 2,1% al 2,4%), mentre sono rimasti sostanzialmente simili nel resto della regione Lombardia (2,9% nel 2005 e 2,8% nel 2006).

Per quanto riguarda il consumo delle sostanze negli ultimi trenta giorni, si osserva (Grafico 2.35b) una superiorità di consumi tra gli studenti dell'Asl Milano 2 rispetto a tutte le altre aree di interesse (ASL2: 1,64%; Milano: 1,45%; Lombardia: 1,29%; Italia: 1,1%).

Grafico 2.35. Uso di allucinogeni. Confronto Italia-Lombardia-Provincia di Milano-ASL MI2.

- a) grafico a sinistra: uso di allucinogeni una o più volte negli ultimi 12 mesi.
Confronto anni 2005-2006;
b) grafico a destra: uso di allucinogeni una o più volte negli ultimi 30 giorni.



Elaborazione sui dati ESPAD-Italia©2006

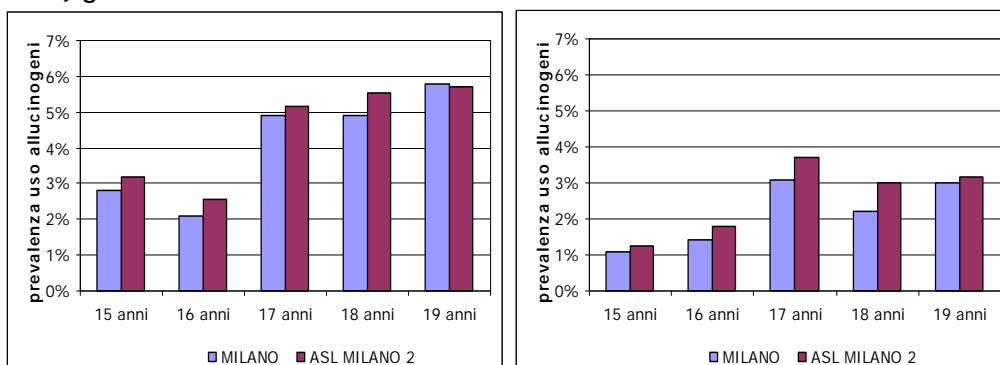
Rispetto all'uso di allucinogeni negli studenti della provincia di Milano e dell'ASL MI2 nell'ultimo anno, si osservano prevalenze doppie dei maschi rispetto alle femmine in tutte le fasce di età indagate (Grafico 2.36).

I ragazzi 15enni, nelle due zone territoriali indagate, riferiscono un uso intorno al 3%, prevalenza che scende di un punto percentuale per gli studenti di 16 anni, mentre nelle classi di età successive l'utilizzo di allucinogeni si attesta tra il 5% e il 6%.

Le studentesse tra i 15 e i 16 anni delle scuole dell'ASL MI2 e della Provincia di Milano dichiarano un uso dell'1%, mentre sono rispettivamente il 3% e il 3,7% le ragazze della provincia di Milano e quelle dell'ASL MI2. Infine per le 18enni e le 19enni i consumi si attestano tra il 2% e il 3%.

Grafico 2.36. Uso di allucinogeni (una o più volte negli ultimi 12 mesi). Distribuzione per genere e classi d'età. Confronto Provincia di Milano–ASL MI2.

a) grafico a sinistra: maschi;
b) grafico a destra: femmine.



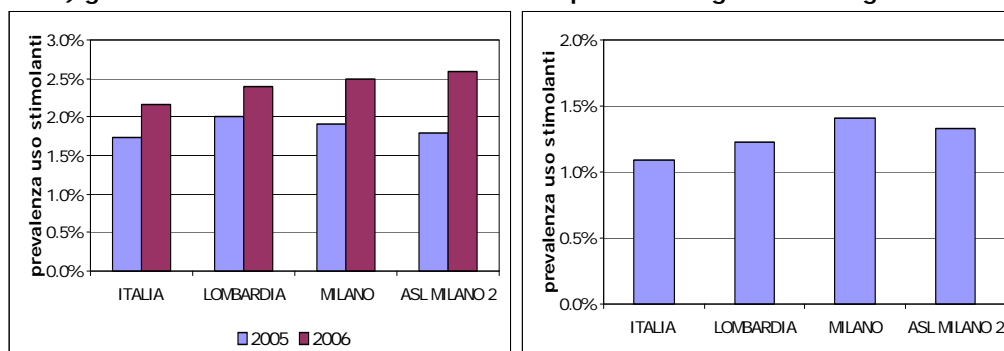
Elaborazione sui dati ESPAD-Italia©2006

Per quanto riguarda l'uso di stimolanti, circa il 2,6% degli studenti dell'ASL MI2 ne hanno fatto uso negli ultimi dodici mesi (Grafico 2.37a); valore in linea con quello registrato nel resto della provincia (2,5%), nel resto della regione (2,4%) e sostanzialmente anche nel resto d'Italia (2,2%). Consumi superiori rispetto al 2005 si registrano per tutte le aree di interesse soprattutto per gli studenti afferenti all'ASL MI2 (l'1,8% nel 2005).

Rispetto all'uso delle stesse sostanze riferito all'ultimo mese (Grafico 2.37b), sono pari all'1,3% le stime riportate nell'ASL MI2, perfettamente in linea con le prevalenze delle altre aree di interesse (Milano: 1,4%; Lombardia: 1,2%, Italia: 1,1%).

Grafico 2.37. Uso di stimolanti. Confronto Italia-Lombardia-Provincia di Milano-ASL MI 2.

- a) grafico a sinistra: uso di stimolanti una o più volte negli ultimi 12 mesi.
Confronto anni 2005-2006;
b) grafico a destra: uso di stimolanti una o più volte negli ultimi 30 giorni.



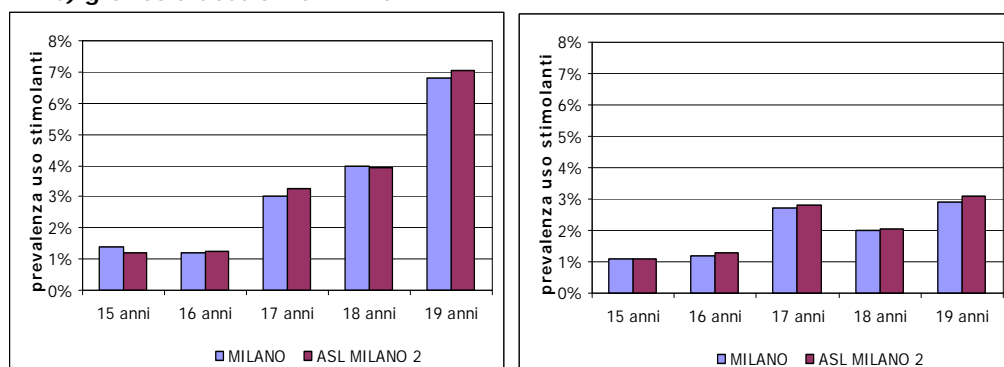
Elaborazione sui dati ESPAD-Italia®2006

Per le stime d'uso di stimolanti tra gli studenti, non si osservano sostanziali differenze tra i rispondenti della provincia di Milano e quelli dell'ASL MI2. Nei maschi 15-16enni l'uso dichiarato si attesta all'1%, percentuale che sale al 3% nella classe di età successiva, mentre sono rispettivamente il 4% dei 18enni e il 7% degli studenti 18enni a riferire l'utilizzo della sostanza.

Per le studentesse i consumi nelle prime 2 classi di età indagate sono omogenei con quelli dichiarati dai coetanei dell'altro sesso. Tendenza opposta si registra nelle classi di età successive dove, al contrario dei maschi, le ragazze tra i 17 e i 19 anni si stabilizzano su percentuali d'uso del 2 e il 3%.

Grafico 2.38. Uso di stimolanti (una o più volte negli ultimi 12 mesi). Distribuzione per genere e classi d'età. Confronto Provincia di Milano-ASL MI 2.

- a) grafico a sinistra: maschi;
b) grafico a destra: femmine.



Elaborazione sui dati ESPAD-Italia®2006

2.3 IL POLICONSUMO

2.3.1 Il policonsumo nella popolazione residente

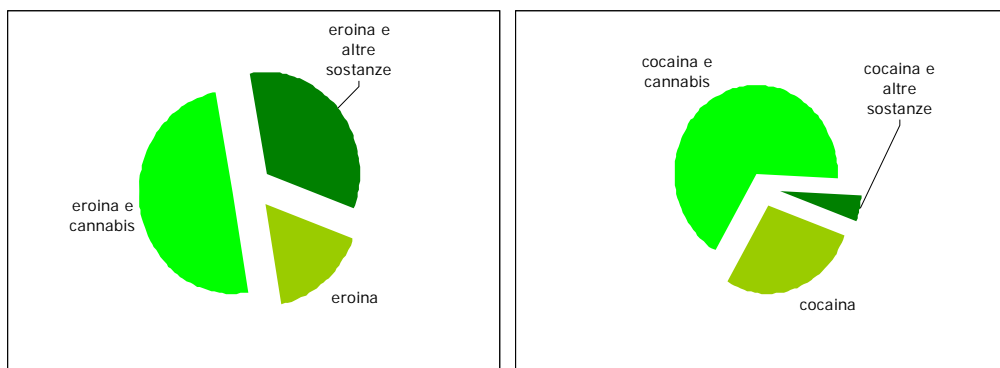
Tra coloro che riferiscono di aver consumato sostanze illegali negli ultimi dodici mesi, l'85% ha consumato una sola sostanza, circa il 12% ha consumato due sostanze ed il 3% tre o più droghe illegali.

Nella popolazione tra i 15 e i 54 anni, tra coloro che utilizzano eroina (Grafico 2.39a), circa la metà fa uso anche di cannabis, il 33% associa la sostanza con l'utilizzo di altre, mentre sono il 17% quelli che nell'arco degli ultimi dodici mesi consumano solo eroina.

Per quanto riguarda i consumatori di cocaina, sono il 28% quelli che utilizzano solo la sostanza indagata, il 67% quelli che la associano alla cannabis e il 5% coloro che la consumano insieme ad altre sostanze.

Grafico 2.39. Distribuzione percentuale di poli-consumatori di sostanze psicoattive illegali fra i soggetti che hanno fatto uso negli ultimi 12 mesi.

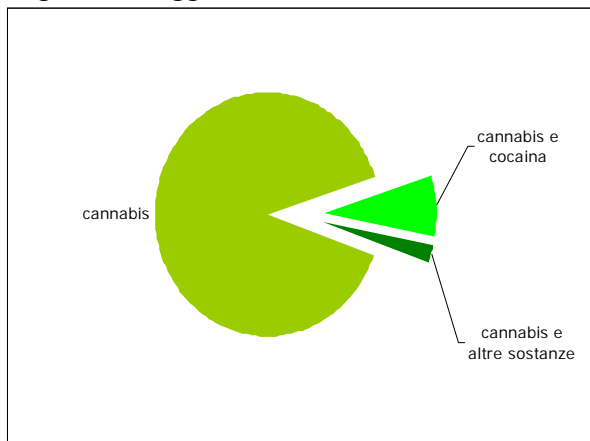
a) sinistra eroina;
b) destra cocaina.



Elaborazione sui dati IPSAD-Italia®2005-2006

Per quanto riguarda i soggetti che hanno utilizzato di cannabis negli ultimi 12 mesi (Grafico 2.40), sono l'89% coloro che fanno un uso esclusivo della sostanza, l'8% la associa alla cocaina e il 3% utilizza la cannabis insieme ad altre sostanze.

Grafico 2.40. Distribuzione percentuale di poli-consumatori di sostanze psicoattive illegali fra i soggetti che hanno fatto uso di cannabis negli ultimi 12 mesi.

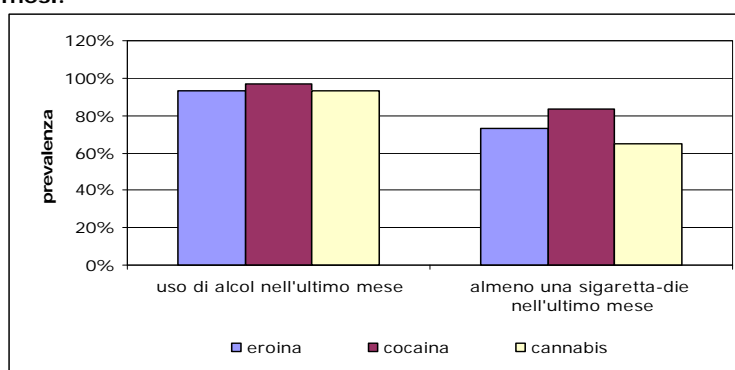


Elaborazione sui dati IPSAD-Italia®2005-2006

2.3.2 Il policonsumo nei giovani scolarizzati

Tra gli studenti che riferiscono di utilizzare eroina, cocaina e cannabis nell'ultimo anno, sono più del 90% quelli che hanno assunto alcol negli ultimi trenta giorni. Mentre dichiarano di aver fumato nell'ultimo mese più sigarette gli utilizzatori di cocaina (84%) rispetto ai fruitori di eroina (73%) e cannabis (65%).

Grafico 2.41. Distribuzione percentuale dei consumatori di sostanze psicoattive legali fra gli studenti che hanno fatto uso di eroina, cocaina e/o cannabis negli ultimi 12 mesi.



Elaborazione sui dati ESPAD-Italia® 2006

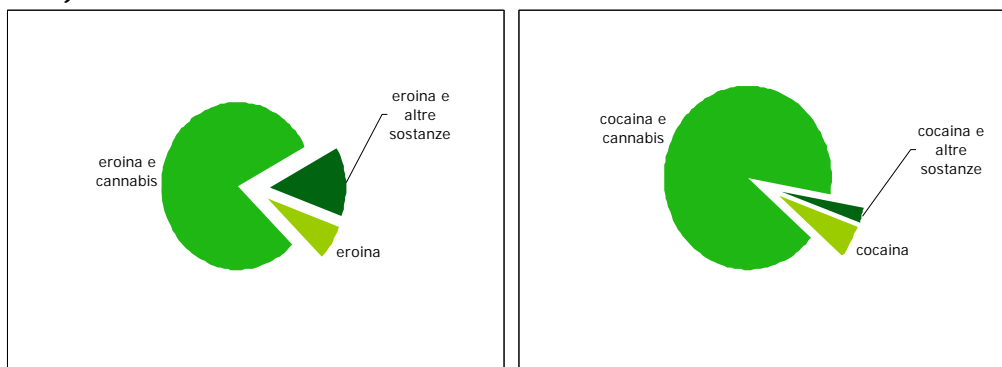
Tra gli studenti che riferiscono di aver consumato sostanze illegali negli ultimi dodici mesi, il 75% ha consumato una sola sostanza, circa il 13% ha consumato due sostanze ed il 12% tre o più droghe illegali.

Nella popolazione studentesca intervistata, fra i ragazzi che riferiscono di aver utilizzato eroina negli ultimi dodici mesi, sono l'80% coloro che associano la sostanza con cannabis, il 13% che lo fa in concomitanza con altre sostanze, mentre il 7% dichiara di utilizzare esclusivamente la sostanza indagata.

Dal Grafico 2.42b si osserva che tra gli studenti utilizzatori di cocaina sono il 90% quelli che insieme consumano anche la cannabis, il 3% lega l'utilizzo della sostanza con altre illegali, mentre sono il 6% quelli che dichiarano esclusivamente l'uso della sostanza indagata.

Grafico 2.42. Distribuzione percentuale di poli-consumatori di sostanze psicoattive illegali fra gli studenti che hanno fatto uso negli ultimi 12 mesi.

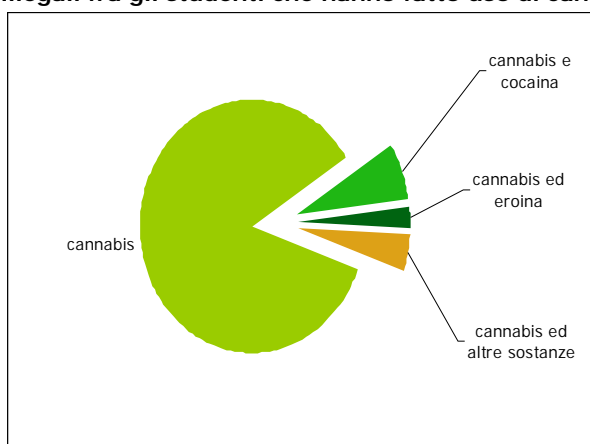
a) sinistra eroina;
b) destra cocaina.



Elaborazione sui dati ESPAD-Italia® 2006

Tra i soggetti che hanno dichiarato di utilizzare cannabis nell'ultimo anno sono circa il 15% coloro che riferiscono di usare la cannabis in associazione con altre sostanze illegali (Grafico 2.43). Nello specifico il 7% quelli che associano la sostanza indagata con cocaina, il 3% con eroina e il 5% con altre sostanze illegali. Mentre l'uso esclusivo di cannabis è riferito dall'85% dei rispondenti.

Grafico 2.43. Distribuzione percentuale di poli-consumatori di sostanze psicoattivi illegali fra gli studenti che hanno fatto uso di cannabis negli ultimi 12 mesi.



Elaborazione sui dati ESPAD-Italia©2006

2.4 CONTESTO SOCIALE E CULTURALE

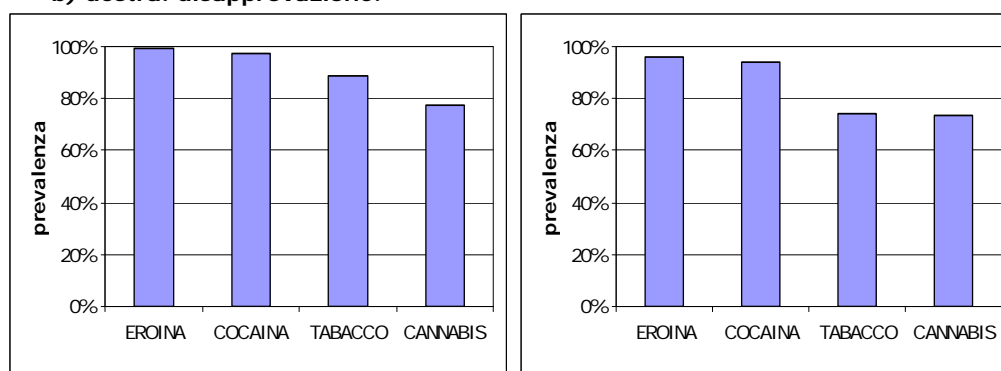
Le sostanze percepite come più rischiose per la propria salute dagli studenti dell'ASL MI2, risultano essere l'eroina e la cocaina, rispettivamente il 99% e il 96% (Grafico 2.42a).

Successivamente la sostanza identificata come più pericolosa per la propria persona è il tabacco (85%), mentre risulta più bassa la pericolosità dell'utilizzo di cannabis (67%).

Solita tendenza si registra fra gli studenti per quanto riguarda la disapprovazione dell'uso delle stesse sostanze, più del 90% degli studenti disapprovano allo stesso modo l'utilizzo dell'eroina e della cocaina, il 75% non acconsente all'uso di tabacco e il 64% condanna l'utilizzo di cannabis.

Grafico 2.44. Percezione del rischio e disapprovazione dell'uso di sostanze illegali articolate per sostanza.

a) sinistra: percezione;
b) destra: disapprovazione.



Elaborazione sui dati IPSAD-Italia©2005-2006

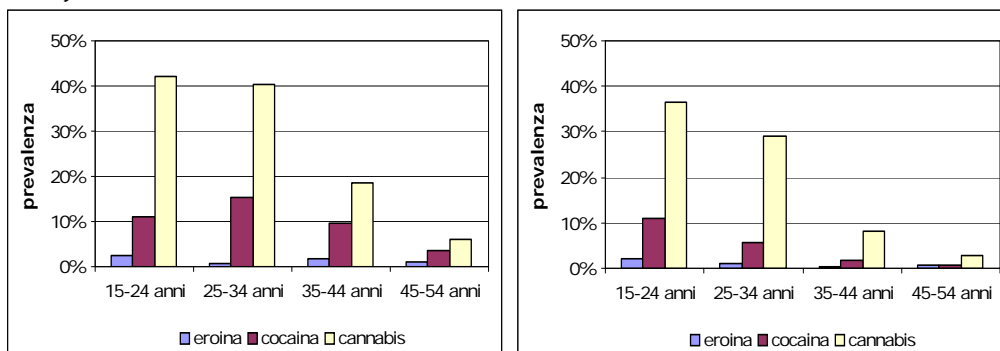
Nel Grafico 2.45 vengono riportate le prevalenze di coloro che si sono sentiti offrire almeno una volta negli ultimi dodici mesi cannabis, cocaina ed eroina. Risulta evidente che siano i più giovani, e soprattutto i soggetti di sesso maschile ad esser maggiormente esposti all'offerta di sostanze psicotrope illegali.

Circa il 2,6% dei maschi e il 2,1% delle femmine con età compresa tra i 15 ed i 24 anni si è sentita offrire eroina, prevalenza che diminuisce all'aumentare dell'età degli intervistati, infatti l'1% dei maschi e lo 0,6% delle femmine 45-54enni si è sentito offrire la sostanza negli ultimi dodici mesi. Per la cocaina, invece, sono i maschi 25-34enni ad essere i maggiori destinatari dell'offerta della sostanza (circa il 15,4%), tuttavia per i giovani (15-24enni) la prevalenza si attesta intorno all'11%, pari a quella delle coetanee. Per quanto riguarda la cannabis, circa il 40% dei maschi tra i 15 ed i 34 anni si è sentito offrire la sostanza nell'ultimo anno, mentre per le femmine l'offerta riguarda il 36% delle 15-24enni ed il 29% delle 25-34enni. Così come per le altre sostanze l'offerta diminuisce con l'età, e a 45-54 anni si attesta per i maschi 6,2% e per le femmine al 2,9%.

Grafico 2.45: Distribuzione della prevalenza dell'offerta di eroina, cocaina e cannabis nella popolazione residente, articolata per sesso e classi d'età.

a) sinistra: maschi;

b) destra: femmine.



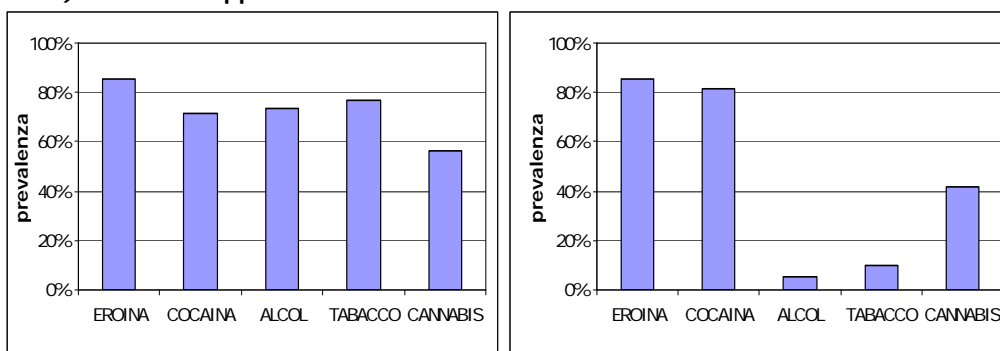
Elaborazione sui dati IPSAD-Italia® 2005-2006

Nella popolazione scolarizzata dell'ASL MI2 le sostanze percepite come più rischiose per la propria salute sono l'eroina (85,2%) e le sigarette (76,5%) (Grafico 2.46a). Circa il 71% degli studenti identifica come pericoloso per la propria persona l'utilizzo di cocaina ed il 74% quello di alcol, mentre, risulta più bassa la percezione della pericolosità rispetto all'utilizzo di cannabis (56,6%). Per quanto riguarda la disapprovazione dell'utilizzo delle stesse sostanze (Grafico 2.46b), circa l'85,4% degli studenti disapprova l'uso di eroina e l'81,7% di cocaina, intorno al 42% sono coloro che condannano l'utilizzo di cannabis, mentre si attestano rispettivamente al 5,6% e al 10,2% i ragazzi e le ragazze che disapprovano rispettivamente l'utilizzo di alcol e quello di sigarette.

Grafico 2.46. Percezione del rischio e disapprovazione dell'uso di sostanze illegali articolate per sostanza.

a) sinistra: percezione;

b) destra: disapprovazione.

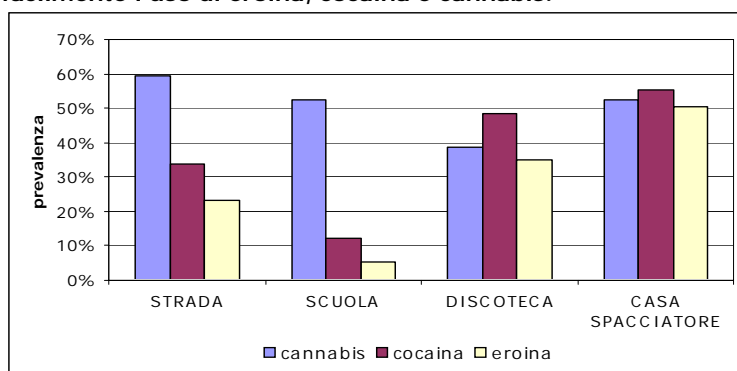


Elaborazione sui dati EPSAD-Italia® 2006

Oltre il 50% degli studenti intervistati nel territorio dell'ASL MI2 dichiara che qualora volesse far uso di sostanze psicotrope illegali (cannabis, eroina e/o cocaina), potrebbe trovarla facilmente a casa dello spacciatore (Grafico 2.47). È la discoteca il secondo luogo indagato dove è più facile reperire sia eroina (35%) che cocaina (48,3%), mentre per la cannabis è in strada che si può accedere maggiormente alla sostanza (60%).

La scuola resta un luogo dove prevalentemente è più facile reperire cannabis (52%), mentre la strada lo è sia per l'eroina (23,2%) che per la cocaina (34%).

Grafico 2.47. Prevalenza di studenti che riferiscono in quali luoghi si può riferire facilmente l'uso di eroina, cocaina e cannabis.



Elaborazione sui dati ESPAD-Italia®2006

Fattori associati all'uso di sostanze psicoattive

Insieme alle domande sui consumi di sostanze psicoattive legali ed illegali, il questionario ESPAD®Italia2006 presenta alcuni quesiti che indagano abitudini e comportamenti degli studenti; esistono, infatti, attitudini e caratteristiche individuali che risultano associati "positivamente" o "negativamente" al consumo di sostanze psicoattive. Nello studio sono state indagate le associazioni fra caratteristiche e comportamenti d'uso.

Avere fratelli che abusano di alcol e/o fanno uso di droghe risulta avere una forte associazione con comportamenti d'uso di alcol, cocaina e cannabis, (OR 17; $p < 0,05$ per l'alcol; OR 7,5; $p < 0,05$ per la cocaina; OR 10,5; $p < 0,05$ per la cannabis). Mentre l'uso di eroina è associato in primis all'abitudine a fare giochi in cui si spendono soldi (OR 16,6; $p < 0,05$), successivamente ad avere fratelli che abusano di alcol e/o fanno uso di droghe (OR 12,8; $p < 0,05$) e ad aver avuto rapporti sessuali non protetti (OR 5,8; $p < 0,05$). Caratteristiche queste associate anche al consumo di cocaina (aver partecipato spesso a giochi in cui si spendono soldi: OR 5,3; $p < 0,05$; avere avuto rapporti sessuali non protetti :OR 3,8; $p < 0,05$).

L'assenteismo scolastico (l'aver perso 3 o più giorni di scuola nell'ultimo mese senza motivo. OR 2,5; $p < 0,05$) e l'essere stati coinvolti in risse (OR 4,6; $p < 0,05$) si sono evidenziati come fattori di rischio per il consumo di tabacco. Coloro che non "esagerano" con l'alcol risultano più protetti rispetto all'uso delle sostanze illegali (OR 0,135; $p < 0,05$ per l'eroina; OR 0,2; $p < 0,05$ per cocaina; OR 0,03; $p < 0,05$ per cannabis).

Risultano fattori protettivi anche non avere mai avuto un'esperienza di fumo di sigarette (OR 0,0; $p < 0,05$ per l'eroina; OR 0,05; $p < 0,05$ per cocaina; OR 0,00; $p < 0,05$ per cannabis).

Meno esposti al rischio di usare droghe illecite anche gli studenti che percepiscono attenzione da parte dei genitori ed e sono soddisfatti del rapporto con loro. Ugualmente "protetti" anche i ragazzi che non hanno esperienza d'uso di tranquillanti e/o sedativi (psicofarmaci) senza prescrizione medica e che hanno un rendimento scolastico medio-alto.

3. PREVENZIONE

3.1 Prevenzione universale

- 3.1.1 A scuola
- 3.1.2 In famiglia
- 3.1.3 Nella società civile

3.2 Prevenzione selettiva e mirata: i Centri di Aggregazione Giovanile (CAG)

- 3.2.1 Appunti su supervisione e CAG
- 3.2.2 La supervisione psicologica ai CAG
- 3.2.3 Un esempio di intervento di supervisione

3. PREVENZIONE

Le strategie e gli interventi di prevenzione universale sono indirizzati a tutti gli appartenenti ad una data popolazione. L'ipotesi sottostante è che tutti i componenti della popolazione considerata condividano lo stesso rischio di sviluppare un'eventuale condizione problematica per la salute, sebbene tale rischio possa largamente variare tra individuo ed individuo.

Gli interventi di prevenzione selettiva o mirata sono invece rivolti a specifici contesti o a sottogruppi di popolazione considerati maggiormente a rischio o vulnerabili rispetto alla popolazione nel suo insieme.

Al fine di ottenere un quadro della situazione italiana per ciò che concerne le attività di prevenzione del consumo problematico di sostanze in accordo con i criteri e con gli strumenti indicati dall'EMCDDA, nell'ambito del Progetto Sistema Integrato Multicentrico di Indicatori, SIMI®Italia e del progetto ESPAD-Italia sono state effettuate specifiche indagini nazionali.

3.1 PREVENZIONE UNIVERSALE

3.1.1 A scuola

Nell'anno scolastico 2006-2007, nell'ambito dello studio campionario di prevalenza del consumo di sostanze psicotrope legali ed illegali nella popolazione di studenti delle Scuole superiori secondarie ESPAD-Italia, è stata effettuata una rilevazione, tramite questionario indirizzato al Dirigente scolastico, sulle iniziative di prevenzione all'interno delle 573 Scuole del campione.

Sia le scuole rispondenti nella provincia di Milano¹, che nello specifico territorio che insiste nella ASL MI2², oltre a descrivere l'impostazione generale della scuola in termini di prevenzione, riportano ognuna almeno 1 progetto attivo nell'anno scolastico 2006-2007.

Gli enti che maggiormente svolgono attività di prevenzione nelle scuole risultano essere, sia per gli istituti dell'ASL MI2 che per quelli delle altre scuole delle ASL della provincia di Milano, le ASL, le Associazioni e le cooperative.

In tutti gli istituti, delle due aree territoriali in studio, è definito un regolamento scolastico che disciplina i comportamenti e i consumi in materia di sostanze lecite (tabacco, alcol, ecc...).

Vengono organizzate giornate di studio interamente dedicate alla prevenzione delle droghe e/o doping nella metà delle scuole della provincia di Milano e nel 12% di quelle presenti nella ASL MI2.

In entrambi i territori si prevedono interventi di esperti esterni nei programmi di prevenzione e i progetti risultano articolati su più moduli o incontri che fanno parte di progetti trasversali i cui contenuti sono articolati su varie materie.

¹ ASL1; ASL 3, ASL Milano Città

² ASL2 (Istituto Prof. Industria Artigianato di Melzo; IIS-Istituto Tecnico Comm. Geometri di San Donato Milanese, IIS-Liceo Scientifico di Rozzano, Istituto Tecnico Ordinamento Speciale di Cernusco sul Naviglio, Istituto Tecnico Commerciale di Gorgonzola, Liceo Scientifico di Melzo e IIS-Istituto Tecnico Commerciale di Melegnano)

Sono previsti interventi per il rilevamento precoce di alunni in difficoltà maggiormente nelle scuole del territorio della ASL2, mentre i progetti sesso specifici e le attività extracurricolari non previste dalla programmazione scolastica per la prevenzione del consumo di sostanze, sono attuati in egual misura sui due territori.

Gli interventi censiti nella ASL2 prevedono la formazione degli insegnanti in maggior misura rispetto ai progetti effettuati negli istituti del resto della provincia, in entrambi vengono comunque organizzati seminari ed incontri per i genitori.

I progetti attuati nelle scuole della provincia di Milano affrontano tematiche ed ambiti problematici multipli. Per i progetti svolti negli istituti di entrambi i territori in studio, si registra una maggiore sensibilità verso il gruppo di coloro che usano ed abusano di sostanze psicotrope legali ed illegali e di sostanze dopanti; seguono i progetti specifici per prevenire disturbi alimentari e quelli rivolti a diminuire i fattori di rischio per l'abbandono scolastico.

Sia per le scuole delle ASL della provincia di Milano che, nello specifico, per quelle che insistono nel territorio dell'ASL2, vengono affrontate problematiche particolarmente legate ad uno o più sottogruppi di popolazione nel 50% circa dei progetti attivi.

Analogo andamento si registra per gli interventi verso sottogruppi specifici, tutti gli istituti risultano più sensibili ad attivare progetti verso i soggetti con famiglie problematiche o a rischio, per gli studenti immigrati, per quelli problematici per rendimento scolastico e quelli con problemi di condotta.

In media i progetti effettuati negli istituti nell'ASL della provincia di Milano durano 2 mesi, mentre nelle scuole dell'ASL MI2 durano il doppio, per entrambe le aree territoriali in studio gli interventi risultano inseriti nel piano dell'offerta formativa della scuola e sono organizzati, per la maggior parte dei casi, in più moduli formativi.

Gli obiettivi prioritari dei progetti sono quello di accrescere nei partecipanti la consapevolezza sui rischi per la salute e/o sociali di certi comportamenti e quello di migliorare l'autostima e la percezione del Sé.

Le modalità maggiormente utilizzate ai fini del raggiungimento degli obiettivi sopra citati, risultano essere divisi tra incontri e seminari, sviluppati con lezioni frontali, interattive e con lavori di gruppo.

In media, per i progetti effettuati, sono coinvolti circa 220 studenti per 18 classi in ogni scuola del territorio della provincia di Milano e circa 150 studenti e 7 classi riferendosi ad ogni istituto rispondente nell'ASL MI2.

Le principali figure professionali responsabili della realizzazione degli interventi sono in maggior misura gli insegnanti e gli educatori, seguiti dagli psicologi e dai medici.

Allo scopo di far acquisire competenze specifiche, nella maggior parte dei casi, per le figure professionali coinvolte vengono previsti incontri formativi della durata di circa 6 ore.

Gli indicatori maggiormente segnalati riguardano il grado di partecipazione alle attività del progetto, il livello di partecipazione alle attività di gruppo, l'acquisizione di conoscenze e lo sviluppo di relazioni interpersonali e la percezione del sé e della propria autostima.

I metodi e gli strumenti di raccolta dei dati sono i questionari con il monitoraggio periodico in itinere e/o ex-post e con l'ausilio di griglie di osservazione. Per gli istituti di entrambe le aree di interesse, sulla maggior parte dei progetti effettuati viene eseguita una valutazione sia dei risultati che di processo e il valutatore è interno al progetto. Una grande parte degli interventi è già stata realizzata nel passato e che prevede una realizzazione futura.

3.1.2 In famiglia

Le attività di prevenzione rivolte verso le famiglie mirano a promuovere la funzione educativa e quindi preventiva del nucleo familiare, dando la possibilità di migliorare la comunicazione in famiglia ed individuare precocemente gli eventuali fattori di rischio per l'uso e l'abuso di sostanze. Attraverso i questionari strutturati in base alle indicazioni dell'Osservatorio Europeo sulle droghe e le tossicodipendenze, si sono rilevate informazioni sulla presenza di programmi e/o progetti in materia di prevenzione rivolti alle famiglie, secondo tre tipologie di intervento: auto e/o reciproco aiuto tra famiglie, incontri con le famiglie e/o i genitori e formazione per famiglie. Sia a livello regionale che dipartimentale si registrano progetti attivati per tutte e tre le tematiche: tali programmi sono articolati sia in maniera continua che a lungo termine, risultano valutati sia a livello di processo che di risultati e i canali di approccio più usualmente utilizzati per contattare le famiglie sono le scuole, le associazioni, il privato sociale e le associazioni di volontariato.

3.1.3 Nella società civile

Nell'anno 2006, le attività di prevenzione universale più rilevanti presenti nei documenti ufficiali sulle politiche sanitarie e/o sociali regionali e provinciali risultano essere quelle relative, in primis, ad azioni per lo sviluppo di piani a livello comunale/locale sulle droghe, con 46 piani avviati, alcuni già conclusi, altri ancora attivi.

Successivamente si passa a 33 azioni, menzionate ufficialmente, volte allo sviluppo di sistemi di reti non esclusivamente finalizzati alla prevenzione dell'uso di droghe, circa 35 progetti atti a favorire spazi ricreativi e/o culturali e lo stesso numero interventi di prevenzione rivolti ai giovani mediante gruppi di pari. Sono invece 29 gli interventi di potenziamento dei sistemi di supporto a livello di comunità locale e i centri di associazione e counselling per giovani a livello territoriale; circa 10 sono sia le attività formative rivolte a soggetti attivi nell'ambito territoriale o del quartiere, che i progetti di prevenzione a livello di comunità locale attraverso l'uso dei media.

Su tali interventi, a livello regionale o dipartimentale, viene effettuata una valutazione di processo e/o di risultati ottenuti.

3.2 PREVENZIONE SELETTIVA E MIRATA: I CENTRI DI AGGREGAZIONE GIOVANILE (CAG)

Nel corso del 2006, a livello regionale e/o dipartimentale, esistono riferimenti espliciti nei documenti ufficiali relativi alle politiche sanitarie locali inerenti alle attività di prevenzione rivolte ai vari gruppi target.

Le tipologie di gruppi a rischio considerate come maggiormente rilevanti risultano essere i giovani frequentatori di stadi di calcio, concerti, rave party e pub; sono stati avviati 15 interventi a livello regionale e 7 a livello locale. Risultano attivati, inoltre, a livello regionale 14 interventi rivolti a studenti con problemi di emarginazione scolastica e/o sociale, altri ancora rivolti ai gruppi etnici e sono 5 quelli sviluppati a livello dipartimentale.

Altra tipologia di intervento selettivo e mirato, individuata nella documentazione ufficiale, riguarda l'attività di prevenzione rivolta agli immigrati: circa 10 progetti a livello regionale e 3 nel territorio dipartimentale. Sia sul territorio regionale sia su quello a livello di dipartimenti risultano in media tra i 5 e 6 progetti attivi per i minorenni pregiudicati, i giovani in comunità e i giovani alla ricerca di sensazioni forti. Per quanto riguarda le attività rivolte verso particolari tipologia di famiglie a rischio sono maggiormente attivi progetti verso i nuclei familiari con problemi di sostanze, verso quelle socialmente svantaggiate e le famiglie con problemi di salute mentale.

3.2.1 Appunti su supervisione e CAG

La supervisione clinica è uno strumento di lavoro essenziale per chi lavora, individualmente o in équipe, a diretto contatto con adolescenti e giovani adulti, e nel cui lavoro la relazione interpersonale è la dimensione nodale.

La supervisione permette al singolo o all'équipe di rivedere i propri interventi riconoscendone e rielaborandone le implicazioni affettive, rileggendone le dinamiche relazionali per gestire l'inevitabile coinvolgimento. La supervisione quindi è uno spazio in cui ci si dedica alla gestione dei vissuti che il lavoro di relazione mette in moto e che rischiano di "inquinare" e compromettere la relazione stessa.

La presenza di un supervisore esterno fornisce accoglienza dei vissuti affettivi, della frustrazione, della rabbia e di tutti quei sentimenti generati dalla relazione diretta, ed offre occasione di rielaborazione. Durante le supervisioni gli obiettivi delle azioni educative vengono rifocalizzati e condivisi ed è possibile ricollocare e riconoscere il proprio ruolo ad un livello sovraordinato alle relazioni con gli utenti, disinnescandone il potere destabilizzante.

Il risultato ottenuto è una notevole riduzione del carico emotivo del lavoro, una maggiore aderenza agli obiettivi progettuali (come diretta conseguenza del contenimento del ruolo della propria soggettività nella relazione), riduzione e migliore gestione dei conflitti con l'utenza, riduzione delle reazioni agli agiti adolescenziali in favore di più mirate azioni, caratterizzate da reale intenzionalità educativa e/o formativa.

A livello organizzativo il lavoro di supervisione fornisce un supporto di tipo metodologico indispensabile per progetti nei quali sono previste équipe allargate e/o multidisciplinari. Alcune difficoltà nelle comunicazioni e/o relazioni di lavoro sono diretta e inevitabile conseguenza della forma organizzativa adottata e la supervisione è un valido strumento per individuare nodi problematici ed esplorare nuovi assetti.

Formare un'équipe di lavoro, decidere ruoli e mansioni all'interno del progetto, definirne l'organizzazione, necessita infatti di una conoscenza approfondita delle dinamiche interpersonali e di ruolo che ne possono derivare. Spesso, inconsapevolmente e con le migliori intenzioni, si pongono a livello organizzativo delle basi problematiche all'interno del gruppo di lavoro: con un'attenta supervisione tali "vizi strutturali" emergono, ed è possibile focalizzare soluzioni più congeniali.

3.2.2 La supervisione psicologica ai CAG dell'ASL MI2

L'attività di supervisione psicologica rivolta agli educatori che lavorano nelle agenzie educative a gestione comunale, Centri di Aggregazione Giovanile-CAG, mira a promuovere la lettura delle dinamiche presenti nella relazione educativa con l'adolescente.

I Comuni del territorio dell'ASL MI2 che hanno beneficiato della supervisione offerta dall'ASL MI2 sono stati Cernusco sul Naviglio, Cassina de' Pecchi e Locate Triulzi.

L'utenza di questi servizi ha mediamente un'età compresa tra i 14 ed i 20 anni, ad eccezione del servizio CAG "Baraonda" di Locate Triulzi, che è rivolto a preadolescenti di età compresa tra gli 11 e i 14 anni.

Le Supervisioni psicologiche alle équipe di questi Centri di Aggregazione Giovanile hanno previsto incontri periodici di osservazione e successiva elaborazione psicologica delle problematiche di relazione verificatesi tra utenti e operatori.

Rilevante è stato anche il contributo dell'attività di supervisione a livello formativo in quanto sono stati approfonditi e consolidati la lettura delle dinamiche psicologiche in questo ambito lavorativo e la rilevazione del disagio.

3.2.3 Un esempio di intervento di supervisione in un CAG dell'ASL MI2

La supervisione all'équipe del Centro di Aggregazione Giovanile utilizzato come esempio inizia nel mese di giugno 2000, con incontri di due ore a cadenza quindicinale.

L'équipe era formata da 3 educatori, due maschi ed una femmina, uno con funzione di coordinatore interno.

Dopo le presentazioni di rito ed una breve descrizione della funzione di supervisione, in cui si è sottolineata la funzione di accoglienza dei vissuti e delle problematiche dell'équipe, sia al loro interno che in relazione all'utenza, il lavoro di supervisione è partito ponendo come primo problema quello dell'identità dell'équipe.

Il gruppo di lavoro affermava infatti di non sentirsi "équipe" ma "insieme di colleghi" e di soffrire quindi di tensioni relative alla sintonia nel lavoro e alle comunicazioni interne.

Il lavoro si è quindi strutturato prevedendo una suddivisione dei tempi, in modo da dedicarne una parte a questo tema ed una alle relazioni con l'utenza o ad altre problematiche urgenti. L'analisi del vissuto di separazione portato come primo tema dagli educatori ha condotto ad un lavoro di verbalizzazione delle modalità di lavoro presenti al CAG cui è seguito un approfondimento sulle aspettative reciproche che, frustrate nel corso del tempo, avevano condotto alla modalità di lavoro individualizzata

riportata come non soddisfacente. L'urgenza di trattare questo tema deriva dall'importanza che ha, nel lavoro con gli adolescenti, lavorare in modo condiviso, coerente e con strategie ed obiettivi educativi omogenei. Spaccature all'interno del gruppo degli educatori sono infatti subito percepite ed utilizzate per canalizzare conflittualità personali o legate alla funzione di ruolo impersonata nel loro lavoro dagli educatori (es. rapporto giovane-adulto; relazione con le regole; relazione con la frustrazione e/o la fatica di crescere in cui l'adulto riporta il dato di realtà). Mostrare divisioni nell'equipe significa quindi sia mostrare debolezza, che comunicare incertezza e confusione; può portare a dare indicazioni contraddittorie e ad usi strumentali di questa contraddittorietà da parte dei ragazzi.

Su alcune delicate questioni, come quella dell'uso di sostanze, che verrà ripresa in seguito, una simile debolezza può innescare dinamiche di conflittualità tra utenti e educatori, e/o all'interno dell'equipe stessa, di notevole potere destabilizzante.

Nel corso degli anni la supervisione a questo centro giovani ha quindi sempre affiancato il lavoro sull'equipe e le sue dinamiche a quello più specificamente rivolto all'utenza. In quest'ultimo ambito vanno distinte le difficoltà incontrate con i singoli da quelle date dai gruppi. Essendo i casi singoli caratterizzati di volta in volta da complessità specifiche ed il lavoro che vi viene fatto difficilmente generalizzabile, conviene concentrarsi in questo contesto sulla disamina della categoria delle problematiche riscontrate con i gruppi.

Nella vita dei Centri Giovani è fisiologico un certo ricambio nell'utenza e questo comporta un ciclico lavoro da parte dell'equipe su alcuni temi e le comparsa di ricorrenti dimensioni conflittuali. Le più ovvie sono le questioni legate alle regole di convivenza (rispetto del luogo e delle persone; modalità di relazione; attività) e le varie forme di trasgressione ed agiti messi in atto dagli adolescenti, la più interessante delle quali, dal nostro punto di vista, è senz'altro quella legata all'uso di sostanze.

Da questo punto di vista il Centro di Aggregazione Giovanile, oltre che osservare le tendenze di consumo meglio evidenziate dalla ricerca, riflette in forma amplificata l'impasse degli adulti di fronte agli stili di consumo messi in atto dagli attuali adolescenti. Spesso, ed in modo ricorrente, le equipe di questi servizi si trovano a tracciare nuovamente i confini di regole che i ragazzi faticano molto a seguire.

Il semplice fatto di non dover consumare cannabinoidi presso il centro, o nelle immediate vicinanze di esso, è un confine da vigilare in continuazione e sul quale spesso i ragazzi ingaggiano accese discussioni con i loro educatori. Questi, da parte loro, sentono il peso di trovarsi in prima linea in difesa di una legislazione che a volte non condividono, a ribadire il rischio di condotte che i ragazzi tengono da anni sperimentandone nell'immediato una pressoché assenza di rischio.

Paradossalmente infatti i ragazzi sperimentano che un uso quotidiano di cannabis può essere protratto per anni senza che nulla di eclatante accada. A volte vengono scoperti dai genitori, a scuola o perfino dai carabinieri, senza che questo abbia comunque il potere di incidere a lungo termine sulla loro quotidianità. I genitori finiscono col chiudere un occhio, la scuola con il delegare ad altri il problema ed i carabinieri con il rilasciarli o col segnalarli alla prefettura per un percorso presso i servizi di competenza, ma anche con questo tassello purtroppo ci si trova spesso a non incidere in modo rilevante sulle abitudini di consumo.

Come riportato nel capitolo 2, a cui si rimanda per un maggiore approfondimento, i dati ESPAD confermano anche sul nostro territorio un'alta prevalenza d'uso della cannabis tra la popolazione scolarizzata (15-19 anni): gli studenti 15enni dichiarano un uso pari al 14%, consumi che aumentano fino al 36% nella classe di età intermedia, ed oltre il 40% per i maschi 19enni. Le studentesse tra i 15 e i 16 anni si attestano sugli stessi valori dei loro coetanei, rispettivamente il 24% ed appena oltre il 30%. Per le ragazze delle classi di età successive i consumi si stabilizzano tra il 25 ed il 30%.

Il lavoro che viene fatto in supervisione rispetto a queste problematiche è quello di attrezzare gli educatori a conoscere meglio la legge vigente, rendendone più evidente la funzione protettiva. La supervisione si concentra su come lavorare sulla consapevolezza dei ragazzi e sulla loro progettualità; sottolinea la necessità di non colludere con la tendenza degli adolescenti a sottovalutare le conseguenze dei propri agiti. Si tratta in sintesi di aiutare gli educatori a regolare e ridurre l'impulsività adolescenziale, potenziando nei ragazzi il percorso di pensiero.

4. I CONSUMATORI PROBLEMATICI DI DROGHE

4.1 Profilo dei soggetti in trattamento presso i SerT

4.2 Profilo dei soggetti in trattamento presso i NOA

4.2.1 Caratteristiche socio-demografiche dell'utenza afferente all'unità operativa Alcolologia

4.3 Profilo dei soggetti inviati presso Comunità terapeutiche

4.4 Profilo dei soggetti in carcere

4.5 Consumo problematico di sostanze psicoattive

4.5.1 Gli utilizzatori problematici

4.5.2 Gli utilizzatori problematici di oppiacei

4.5.3 Gli utilizzatori problematici di cocaina

4.5.4 Gli utilizzatori problematici di bevande alcoliche

4.6 Analisi dei tempi di latenza

4.6.1 Analisi dei dati

4.7 Mappatura territoriale dell'utenza

4.7.1 La metodologia utilizzata

4.7.2 I soggetti

4.7.3 I consumatori di oppiacei

4.7.4 I consumatori di stimolanti

4.7.5 I consumatori di cannabinoidi

4.7.6 Gli alcolodipendenti

4.7.7 I soggetti segnalati

4. I CONSUMATORI PROBLEMATICI DI DROGHE

4.1 PROFILO DEI SOGGETTI IN TRATTAMENTO PRESSO LE UNITA' OPERATIVE SERT

Nell'anno 2006 presso i servizi della ASL MI2 sono stati trattati 1334 soggetti, il 40% di questi risulta trattato presso il SerT di Gorgonzola, il 30% è costituito dagli utenti del SerT di Rozzano e l'altro 30% è relativo al SerT di Vizzolo. A questi si aggiungono 152 soggetti utilizzatori di cannabinodi che, seppur non in trattamento, risultano in carico presso il SerT di Gorgonzola in conseguenza a segnalazione da parte dell'autorità giudiziaria o della Prefettura.

Il 3% dell'utenza risulta temporaneamente in trattamento presso uno dei servizi della ASL MI2, ma in carico presso altro SerT (utenti appoggiati) e poco più dell'1% dei soggetti in carico risulta di nazionalità straniera.

Il dato relativo alla distinzione dei soggetti in nuovi utenti e già in carico si discosta leggermente rispetto al dato rilevato a livello nazionale; nella ASL MI2, infatti, i soggetti già noti ai servizi costituiscono l'80% dell'utenza, mentre a livello nazionale si rileva che il collettivo dell'utenza già in carico risulta pari all'86%.

Analizzando però i singoli servizi si rileva che nel SerT di Vizzolo Predabissi la composizione degli utenti per presenza all'interno del servizio è in linea con il dato nazionale, mentre nel SerT di Rozzano i soggetti già in carico rappresentano il 78% del totale dell'utenza e il dato scende al 77% per quanto riguarda il SerT di Gorgonzola ad indicare servizi in cui maggiore risulta il "turn over" degli utenti.

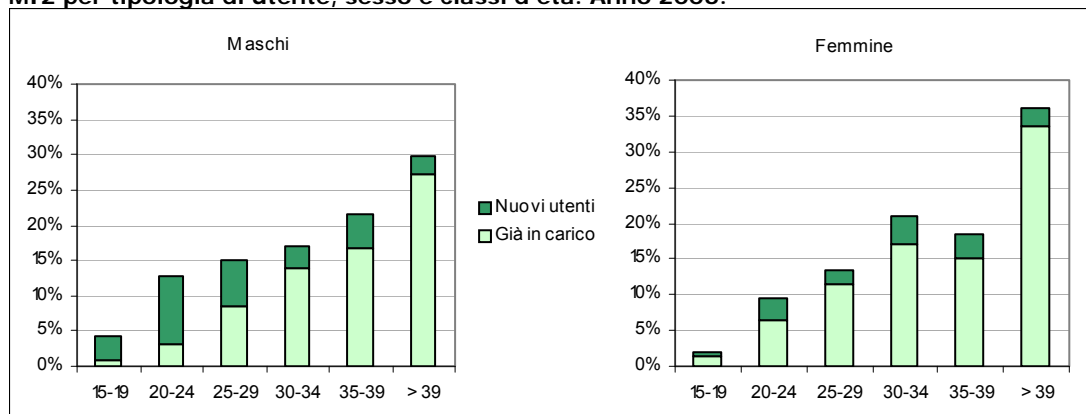
La composizione per sesso dell'utenza evidenzia una prevalenza di utenti maschi (86%). Distinguendo tra utenti già noti ai servizi e utenti nuovi, si può notare una quota più consistente di soggetti di sesso maschile che accedono per la prima volta ai servizi (89% contro l'85% dei soggetti già in carico).

L'età media degli utenti in carico è pari a 36 anni senza differenze di rilievo tra i generi.

I soggetti che hanno fatto domanda di trattamento per la prima volta nel 2006 hanno invece un'età media pari a 32 anni contro i 37 anni dei soggetti già in carico.

La composizione per età e sesso dell'utenza evidenzia che, sia per i maschi sia per le femmine, la classe modale è quella superiore ai 39 anni in cui si concentra il 37% delle utenti di sesso femminile e il 34% dei maschi.

Grafico 4.1. Distribuzione percentuale degli utenti in carico presso i SerT della ASL MI2 per tipologia di utente, sesso e classi d'età. Anno 2006.

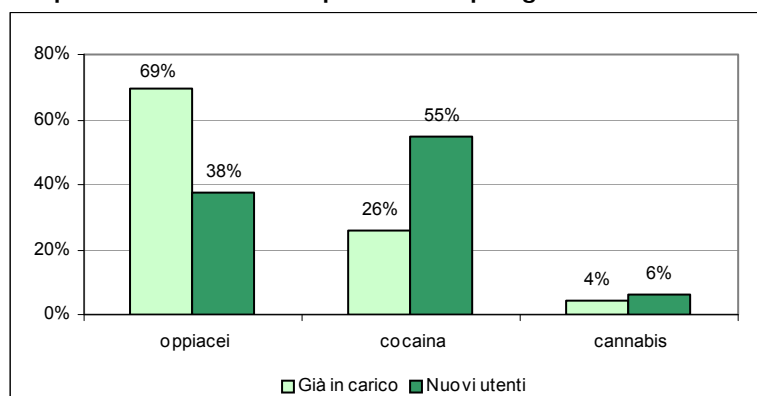


Elaborazione su dati Osservatorio Territoriale Droga e Tossicodipendenze-ASL MI2

Il 63% dell'utenza risulta in trattamento per problemi legati all'uso di oppiacei, il 32% utilizza cocaina come sostanza d'abuso primaria, il 5% cannabis e una piccola quota di utenti riferisce l'uso di altre sostanze illegali.

Distinguendo tra nuovi utenti e già in carico si osserva che la maggior parte dei soggetti che si rivolge ai servizi per la prima volta utilizza cocaina come sostanza primaria (55% contro il 26% tra i soggetti già in carico), mentre decisamente inferiore è il dato relativo ai consumatori di oppiacei tra i nuovi utenti (38% contro 69%).

Grafico 4.2. Distribuzione percentuale dei soggetti in carico presso i SerT della ASL MI2 per sostanza di abuso primaria e tipologia di utente. Anno 2006.



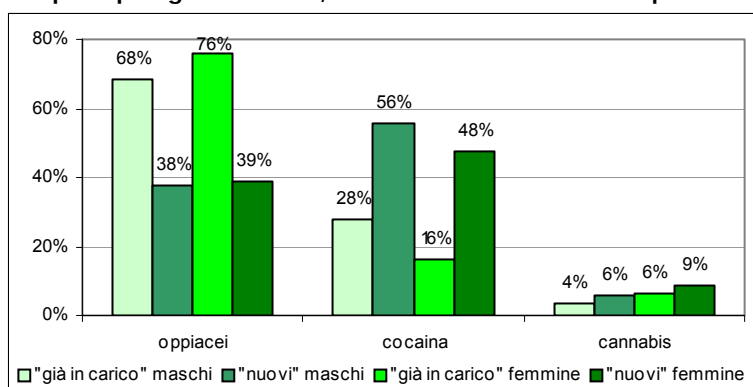
Elaborazione su dati Osservatorio Territoriale Droga e Tossicodipendenze-ASL MI2

Si può inoltre osservare una diversa composizione dell'utenza nelle tre sedi SerT della ASL MI2 se si considera la distribuzione dei soggetti in relazione alla sostanza di abuso primaria.

Mentre a Rozzano e a Vizzolo Predabissi la distribuzione dei soggetti per sostanza di abuso primaria si mostra sostanzialmente analoga, a Gorgonzola si rileva una percentuale superiore rispetto agli altri servizi di utilizzatori di oppiacei (67% contro il 60% negli altri servizi) e minore risulta il dato relativo agli utilizzatori di cocaina (28% contro il 33% a Rozzano e il 36% a Vizzolo).

Con riferimento al collettivo dell'utenza trattata nei servizi della ASL MI2 la distinzione dei soggetti per sesso e presenza nel servizio evidenzia che, gli oppiacei risultano maggiormente utilizzati dalle femmine (76% delle femmine già in carico contro il 68% dei maschi). La cocaina risulta maggiormente utilizzata dai maschi sia tra gli utenti già in carico (28% contro il 16% delle femmine) che tra i nuovi utenti (56% dei maschi e 48% delle femmine). Per quanto riguarda l'uso di cannabis invece si rileva un utilizzo sensibilmente maggiore tra i nuovi utenti, in particolare tra le femmine (9% contro il 6% dei maschi).

Grafico 4.3. Distribuzione percentuale dei soggetti in carico presso i SerT della ASL MI2 per tipologia di utente, sesso e sostanza di abuso primaria. Anno 2006.

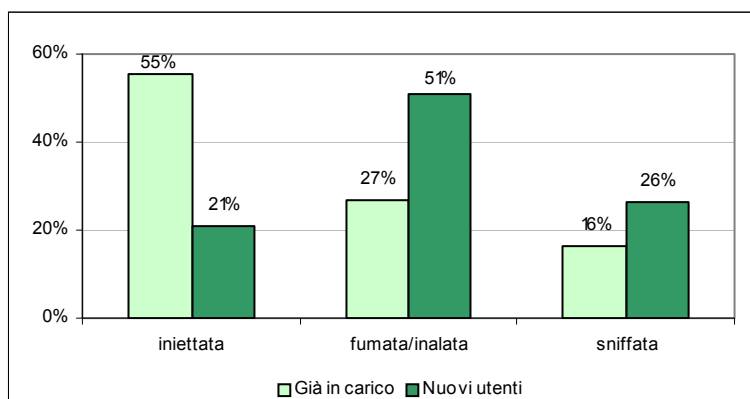


Elaborazione su dati Osservatorio Territoriale Droga e Tossicodipendenze-ASL MI2

Circa il 40% dell'utenza in trattamento riferisce di far uso iniettivo della sostanza, si tratta quasi esclusivamente di utilizzatori di oppiacei (97%), solo il 3% sono utilizzatori di cocaina.

La pratica iniettiva risulta maggiormente diffusa tra gli utenti già in carico (55% contro il 21% dei nuovi utenti) mentre i nuovi utenti assumono la sostanza preferibilmente fumandola o inalandola; considerando i soli utilizzatori di oppiacei, se tra gli utenti già in carico il 74% dei soggetti fa uso iniettivo della sostanza e il 16% fuma o inala oppiacei, tra i nuovi utenti il 38% degli utilizzatori di oppiacei fuma o inala la sostanza e la quota di soggetti iniettori scende al 54%.

Grafico 4.4. Distribuzione percentuale dei soggetti in carico presso i SerT della ASL MI2 in base alla modalità di assunzione della sostanza. Anno 2006.



Elaborazione su dati Osservatorio Territoriale Droga e Tossicodipendenze-ASL MI2

I risultati dell'adattamento di un modello di regressione logistica ai soli utilizzatori di oppiacei permettono di delineare le caratteristiche dei soggetti che fanno uso iniettivo della sostanza.

Gli utilizzatori per via endovenosa sono soggetti di età superiore ai 35 anni (odds ratio pari a 2,73), già noti ai servizi (odds ratio pari a 2,18) e che fanno uso quotidiano della sostanza (odds ratio pari a 2,21). Non si rilevano invece significative differenze tra i sessi per quanto riguarda l'assunzione per via parenterale della sostanza.

Tabella 4.1. Misure dell'associazione (odds ratio) tra l'uso per via iniettiva della sostanza primaria ed alcune caratteristiche dell'utenza in trattamento per oppiacei presso i SerT della ASL MI2. Anno 2006.

	Odds ratio (IC 95%)
femmine vs. maschi	1,38 (0,73–2,61)
età ≥35 anni vs. età < 35 anni	2,73 (1,77–4,22)*
già noti vs. nuovi utenti	2,18 (1,11–4,27)*
usa quotidianamente vs. usa da una a sei volte la settimana o meno	2,21 (1,44–3,39)*

* valori significativi ($p < 0,05$). Nota: i valori degli odds ratio sono stati stimati con modelli di regressione logistica, utilizzando come variabile dipendente l'uso o meno della sostanza in questione.

Elaborazione su dati Osservatorio Territoriale Droga e Tossicodipendenze-ASL MI2

Quasi il 78% dei soggetti in carico utilizza solo la sostanza di abuso primaria, il 20% associa alla primaria un'altra sostanza e il 3% associa almeno altre due sostanze.

Non si riscontrano differenze nell'utilizzo di più sostanze tra i maschi e le femmine ma piuttosto una diversa abitudine al poliabuso in relazione alla sostanza primaria usata.

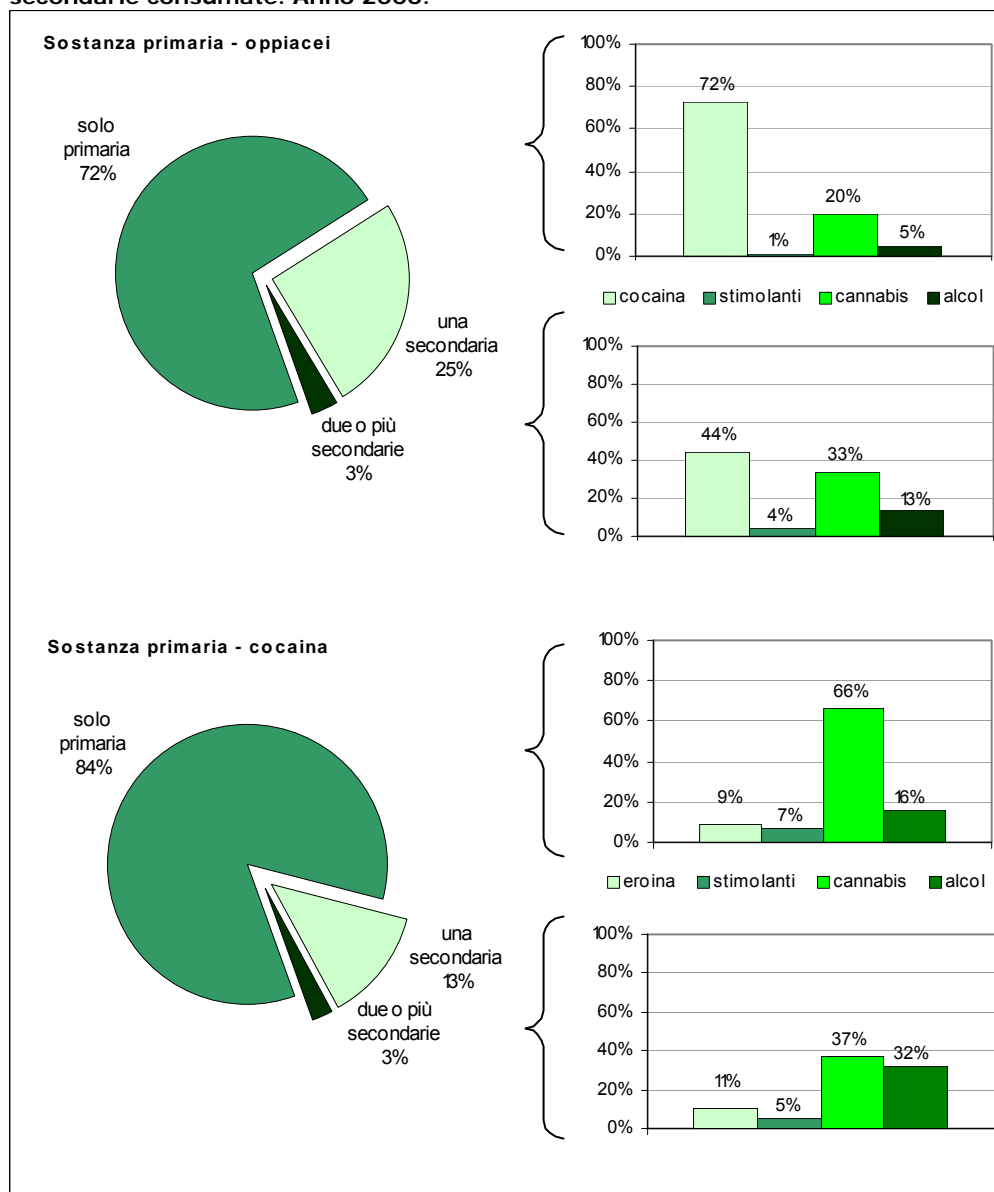
L'uso di più sostanze è dichiarato dal 28% degli utilizzatori di oppiacei e dal 15% dei consumatori di cocaina, tra i soggetti in trattamento per problemi legati all'uso di cannabinoidi, solo il 6% fa uso di un'altra sostanza oltre la cannabis.

Complessivamente la cannabis risulta la sostanza secondaria più utilizzata (35%), seguono la cocaina (20%) e l'alcol (20%).

Distinguendo i soggetti in base alla sostanza primaria si rileva invece che tra gli utilizzatori di oppiacei la sostanza secondaria maggiormente utilizzata è la cocaina (72% degli utilizzatori di due sostanze e 44% degli utilizzatori di tre o più sostanze), seguita dalla cannabis (20% degli utilizzatori di una sola secondaria e 33% degli utilizzatori di più secondarie), l'alcol risulta invece utilizzato dal 13% dei consumatori di oppiacei che fa uso di più sostanze secondarie e dal 5% degli utilizzatori di una sola sostanza secondaria.

I consumatori di cocaina che fanno uso di una sola sostanza secondaria nel 66% dei casi associano cannabis, il 16% di questi soggetti utilizza alcol insieme alla cocaina, il 9% eroina e il 7% utilizza altri stimolanti in associazione con la cocaina. Gli utilizzatori che consumano più sostanze secondarie insieme alla cocaina associano principalmente cannabis (37%), alcol (32%) e in misura minore eroina (11%) e altri stimolanti (5%).

Grafico 4.5. Distribuzione percentuale dei soggetti in carico presso i SerT della ASL MI2 distinti per sostanza d'abuso primario in base al numero e al tipo di sostanze secondarie consumate. Anno 2006.



Elaborazione su dati Osservatorio Territoriale Droga e Tossicodipendenze-ASL MI2

La raccolta dei dati su singolo record permette di analizzare anche caratteristiche connesse all'utilizzo di sostanze relative alla storia passata dei soggetti.

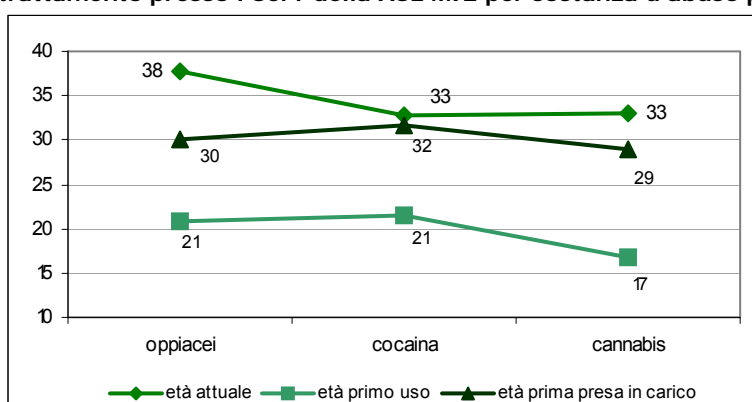
In particolare nel Grafico 4.6 sono riportate l'età media attuale dei soggetti, l'età media di primo uso della sostanza e l'età media di prima presa in carico per gli utilizzatori delle diverse tipologie di sostanze.

L'età dei soggetti si mostra sostanzialmente diversa in relazione alla diversa tipologia di sostanza utilizzata; gli utilizzatori di oppiacei riportano l'età media più elevata, 38 anni, cinque anni più giovani risultano i consumatori di cocaina e di cannabis (33 anni).

I consumatori di cannabis, con un'età media di primo uso pari a 17 anni, risultano anche coloro che iniziano ad assumere la sostanza in età più giovane, invece sia per gli utilizzatori di eroina sia per i consumatori di cocaina il primo utilizzo della sostanza avviene mediamente a 21 anni.

L'età di prima presa in carico più elevata si registra tra gli utilizzatori di cocaina (32 anni) per i quali quindi risulta maggiore l'intervallo di tempo intercorrente tra il primo uso e la prima richiesta di trattamento; pari a 30 anni è l'età media di prima presa in carico per gli utilizzatori di oppiacei e scende a 29 anni per i consumatori di cannabis.

Grafico 4.6. Distribuzione dei valori medi dell'età di primo uso della sostanza primaria, dell'età di prima presa in carico e dell'età attuale dei soggetti in trattamento presso i SerT della ASL MI 2 per sostanza d'abuso primaria. Anno 2006.



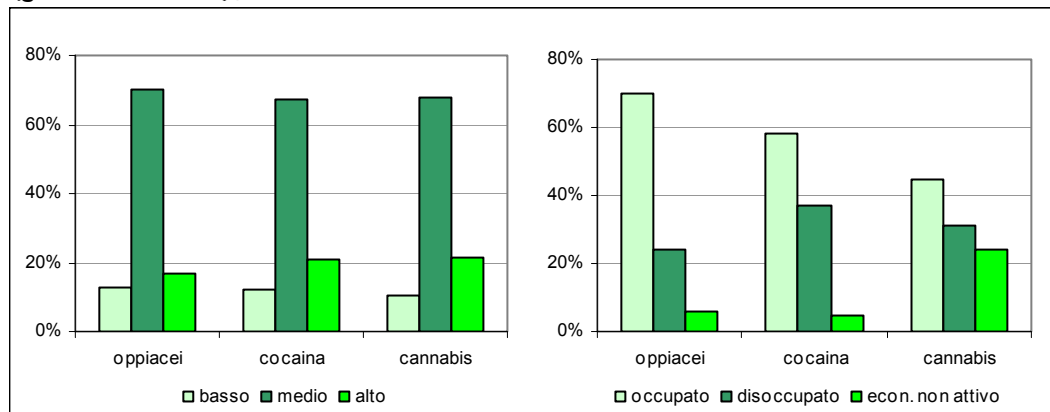
Elaborazione su dati Osservatorio Territoriale Droga e Tossicodipendenze-ASL MI2

Rispetto alle caratteristiche sociodemografiche dei soggetti in trattamento si rileva che il 67% degli utenti in carico ha un livello di istruzione medio (ha completato le scuole dell'obbligo), l'11% degli utenti ha conseguito al massimo la licenza elementare e il 22% ha un elevato livello di istruzione. La distinzione dell'utenza in base alla sostanza di abuso primaria non mostra differenza nel livello di istruzione degli utilizzatori delle diverse tipologie di sostanze.

La condizione occupazionale si mostra invece più diversificata tra gli utilizzatori delle tipologie di sostanze considerate. Complessivamente il 66% degli utenti si dichiara occupato, il 25% è disoccupato e il 9% economicamente non attivo.

Tra gli utilizzatori di oppiacei si rileva la quota più alta di soggetti occupati (70%), e più elevato risulta il dato relativo ai soggetti economicamente non attivi tra i consumatori di cannabis (24%). Più critica dal punto di vista occupazionale risulta la condizione degli utilizzatori di cocaina tra i quali i disoccupati rappresentano il 37% di questa tipologia di utenti.

Grafico 4.7. Distribuzione percentuale dei soggetti in trattamento presso i SerT della ASL MI2 in base alla scolarità (grafico a destra) e alla condizione occupazionale (grafico a sinistra), secondo la sostanza che determina il trattamento. Anno 2006.

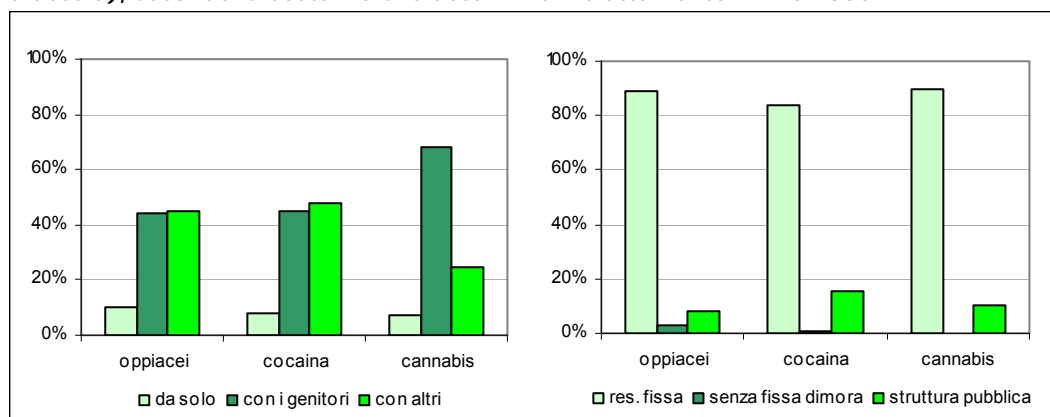


Elaborazione su dati Osservatorio Territoriale Droga e Tossicodipendenze-ASL MI2

L'analisi della condizione coabitativa evidenzia differenze solo tra gli utilizzatori di cannabis, mediamente più giovani, e gli altri utilizzatori.

Il 51% dell'utenza in carico abita con i genitori, il 9% viva da solo e il 40% abita con altre persone, tra i consumatori di cannabis invece, il 68% dei soggetti vive con i genitori, il 25% abita con altre persone e il 7% vive solo.

Grafico 4.8. Distribuzione percentuale dei soggetti in trattamento presso i SerT della ASL MI2 in base alla condizione abitativa (con chi - grafico a sinistra e dove - grafico a destra), secondo la sostanza che determina il trattamento. Anno 2006.



Elaborazione su dati Osservatorio Territoriale Droga e Tossicodipendenze-ASL MI2

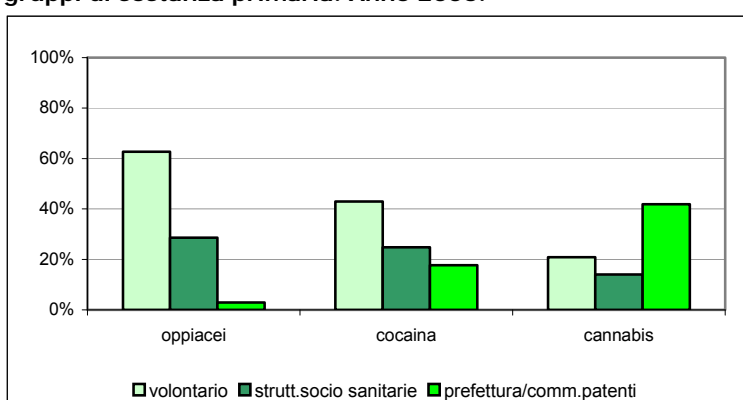
Relativamente al luogo di abitazione, praticamente tutti i soggetti risultano avere una fissa dimora (89%), il 9% risiede in strutture pubbliche e meno del 2% dei soggetti dichiara di non avere fissa dimora. Solo tra gli utilizzatori di cocaina si rileva una quota più elevata di soggetti che vive in strutture pubbliche (15%).

La tipologia di sostanza primaria utilizzata risulta discriminante anche per quanto riguarda la modalità di arrivo alle strutture di trattamento.

La maggior parte dei soggetti risulta in trattamento per scelta volontaria (47%), il 23% è stato inviato ai servizi da strutture socio sanitarie e il 22% dalle autorità giudiziarie. La scelta volontaria di sottoporsi a trattamento, pur in misura diversa, si rileva per la maggior parte degli utilizzatori di oppiacei (63%) e cocaina (43%), tra questi ultimi si rileva anche un 18% dei soggetti inviati ai servizi dalle autorità (contro il 3% degli utilizzatori di oppiacei).

Per gli utilizzatori di cannabis invece la modalità principale di arrivo ai servizi risulta l'invio da parte delle autorità (42%).

Grafico 4.9. Distribuzione percentuale dei soggetti in trattamento presso i SerT della ASL MI2 secondo il canale di invio che determina la domanda di trattamento per gruppi di sostanza primaria. Anno 2006.



Elaborazione su dati Osservatorio Territoriale Droga e Tossicodipendenze-ASL MI2

Per fornire un quadro riassuntivo dell'utenza in trattamento sono stati adattati modelli di regressione logistica che consentono di fare una descrizione complessiva dell'utenza sia per quanto riguarda i gruppi di utilizzatori distinti per sostanza di abuso primaria, sia per i collettivi dei nuovi utenti e dei già in carico.

Relativamente ai soggetti utilizzatori delle diverse sostanze emerge che un soggetto già in carico rispetto a un nuovo utente ha un rischio oltre quattro volte maggiore di essere un consumatore di oppiacei, allo stesso tempo essere occupato piuttosto che disoccupato, essere giunto ai servizi per scelta volontaria invece che inviato dalle autorità o da altri canali sono fattori che comportano una probabilità maggiore di essere un utilizzatore di oppiacei.

Quasi antitetica risulta la descrizione degli utilizzatori di cocaina, questi sono essenzialmente nuovi utenti e soggetti disoccupati che sono giunti in trattamento non per scelta volontaria, per invio da parte delle autorità o di strutture socio sanitarie ma attraverso altri canali, in particolar moda familiari o amici.

Tabella 4.2. Misure dell'associazione (odds ratio) tra sostanza che determina il trattamento ed alcune caratteristiche socio-demografiche dei soggetti in trattamento presso i SerT della ASL MI 2 utilizzatori di oppiacei e cocaina. Anno 2006.

Sostanza d'abuso primario	Odds ratio (IC 95%)	
	oppiacei	cocaina
femmine vs. maschi	1,37 (0,81-2,32)	0,59 (0,34-1,03)
già noti vs. nuovi utenti	3,88 (2,38-6,32)*	0,34 (0,21-0,95)*
livello scolarità basso vs. alto	1,50 (0,77-2,92)	0,73 (0,37-1,43)
livello scolarità medio vs. alto	1,16 (0,74-1,83)	0,84 (0,53-1,32)
disoccupati vs. occupati	0,57 (0,37-0,87)*	1,83 (1,19-2,80)*
econ.non attivi vs. occupati	0,82 (0,41-1,65)	0,77 (0,36-1,67)
abita con i genitori vs. solo	0,85 (0,45-1,60)	1,11 (0,58-2,12)
abita con altri v. solo	0,99 (0,52-1,88)	1,02 (0,53-1,97)
res. fissa vs. senza fissa dimora	0,27 (0,05-1,35)	2,71 (0,54-13,53)
res. in strut. pub. vs. senza fissa dimora	0,26 (0,05-1,39)	2,66 (0,50-14,16)
inviato da strut. socio sanitarie vs. volontario	0,63 (0,37-1,10)	1,42 (0,81-2,52)
inviato da autorità vs. volontario	0,11 (0,05-0,22)*	6,33 (3,35-11,98)*
invio da altri canali vs. volontario	0,22 (0,13-0,37)*	3,18 (1,86-5,43)*

* valori significativi ($p < 0,05$). Nota: i valori degli odds ratio sono stati stimati con modelli di regressione logistica, utilizzando come variabile dipendente l'uso o meno della sostanza in questione.

Elaborazione su dati Osservatorio Territoriale Droga e Tossicodipendenze-ASL MI2

Volendo invece mettere a confronto le caratteristiche dei soggetti che si sono rivolti ai servizi per la prima volta rispetto a quelli già in carico presso le strutture operative, per analizzare le caratteristiche che distinguono i nuovi utenti dei servizi, i risultati dell'adattamento di un modello di regressione logistica mostrano che i nuovi ingressi sono principalmente utilizzatori di cocaina e cannabis, piuttosto che oppiacei, soggetti che hanno età inferiore ai 35 anni, con un livello di scolarità alto anziché medio che arrivano ai servizi principalmente per l'invio da parte delle autorità o di strutture socio sanitarie piuttosto che per scelta volontaria.

Tabella 4.3. Misure dell'associazione (odds ratio) tra la presenza all'interno del servizio ed alcune caratteristiche socio-demografiche dei soggetti in trattamento presso i SerT della ASL MI 2. Anno 2006.

Presenza nel servizio	Odds ratio (IC 95%)
	Nuovi utenti
femmine vs. maschi	0,77 (0,38-1,57)
eta < 35 anni vs. >= 35 anni	3,67 (2,08-6,47)*
sostanza primaria cocaina vs. oppiacei	2,87 (1,70-4,85)*
sostanza primaria cannabis vs. oppiacei	9,03 (4,22-19,29)*
livello scolarità basso vs. alto	0,40 (0,15-1,04)
livello scolarità medio vs. alto	0,45 (0,27-0,77)*
disoccupati vs. occupati	1,16 (0,65-2,07)
eccon.non attivi vs. occupati	1,07 (0,42-2,74)
abita con i genitori vs. solo	1,25 (0,49-3,18)
abita con altri v. solo	1,53 (0,60-3,92)
res.fissa vs. senza fissa dimora	0,96 (0,15-6,06)
res. in strut. pubbliche vs. senza fissa dimora	0,16 (0,02-1,60)
inviato da strut. socio sanitarie vs. volontario	2,79 (1,64-4,75)*
inviato dalle autorità vs. volontario	5,30 (1,92-14,63)*
inviato da strut. socio sanitarie vs. volontario	4,42 (0,28-69,57)

* valori significativi ($p < 0,05$). Nota: i valori degli odds ratio sono stati stimati con modelli di regressione logistica, utilizzando come variabile dipendente l'uso o meno della sostanza in questione.

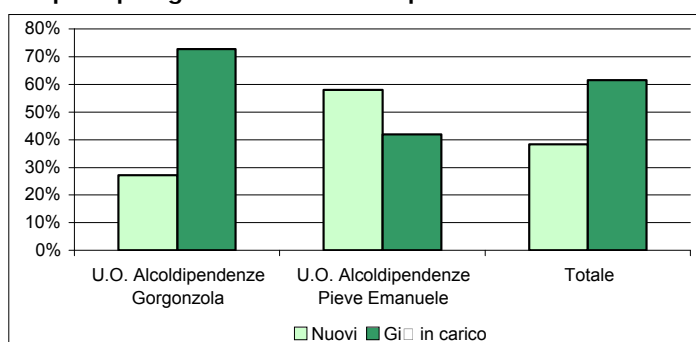
Elaborazione su dati Osservatorio Territoriale Droga e Tossicodipendenze-ASL MI2

4.2 PROFILO DEI SOGGETTI IN TRATTAMENTO PRESSO I NOA

Nel corso dell'anno 2006 presso il Servizio di Alcologia dell'ASL MI2 sono risultati in carico 255 soggetti, dei quali: 93 (36%) in trattamento presso la sede di Pieve Emanuele e 162 presso la sede di Gorgonzola (64%).

Dei 255 pazienti trattati, 98 (38%) sono soggetti che hanno effettuato per la prima volta la domanda di cura mentre i restanti 157 (62%) sono soggetti già noti che hanno proseguito un trattamento già attivato in anni precedenti o che sono rientrati in trattamento dopo sospensione delle cure. Nello specifico, rispetto alle 2 sedi, Gorgonzola presenta 44 soggetti che hanno formulato una prima richiesta (pari al 27% dei soggetti trattati nell'anno) mentre nella sede di Pieve Emanuele la stessa tipologia è pari a 54 soggetti (58%).

Grafico 4.10. Distribuzione percentuale dei soggetti in carico presso i NOA della ASL MI2 per tipologia utente e Unità Operativa. Anno 2006.



Elaborazione su dati Osservatorio Territoriale Droga e Tossicodipendenze-ASL MI2

Il 76,1% dei soggetti in carico è di sesso maschile. Può essere interessante far rilevare che nella percentuale di nuovi accessi al Servizio l'utenza di sesso maschile è pari all'81,6% mentre per gli utenti già noti pari al 72,6%, indicativo di una maggior prima richiesta da parte dei soggetti di sesso maschile nel corso dell'anno in esame.

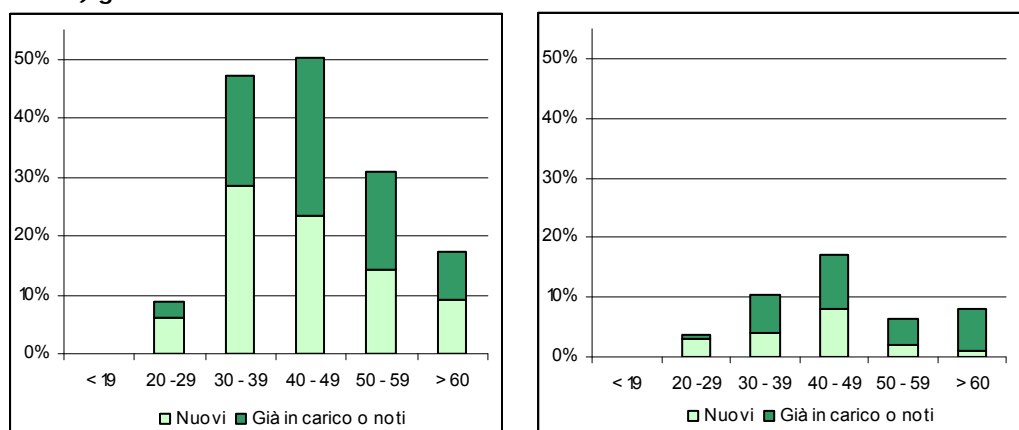
L'età media dell'utenza è pari a 45 anni (nello specifico 45 anni per il sesso maschile, 47 anni per il sesso femminile). Se si distingue tra soggetti di sesso maschile che transitano per la prima volta nei servizi e soggetti già noti, si rileva una differenza di tre anni relativamente all'età media che risulta 43 anni per i nuovi e 46 anni per i già noti. Tale differenza appare ancora più significativa nei soggetti di sesso femminile che al primo contatto hanno in media 41 anni, mentre le utenti note hanno un'età media pari a 50 anni.

Mentre l'omogeneità d'età tra soggetti che hanno formulato una prima richiesta e già noti di sesso maschile è analoga in entrambe le sedi, si osserva una discrepanza rispetto ai soggetti di sesso femminile. Nella sede di Pieve Emanuele le utenti donne al primo contatto e già note hanno, rispettivamente, 44 e 42 anni, mentre a Gorgonzola le nuove richieste provengono da soggetti di sesso femminile con un'età media di 40 anni contro i 52 anni medi delle utenti già note.

Le fasce di età maggiormente rappresentate sono: per utenti già in carico/rientrati quella tra 40 e 49 anni, sia per il sesso maschile che per quello femminile; fra i nuovi utenti la fascia maggiormente rappresentata resta la stessa per il sesso femminile mentre varia per quanto riguarda il sesso maschile che vede una maggior concentrazione di soggetti della classe d'età compresa tra i 30 e i 39.

Grafico 4.11. Distribuzione percentuale degli utenti in carico presso i NOA della ASL MI2 per tipologia utente, sesso e classi d'età. Anno 2006.

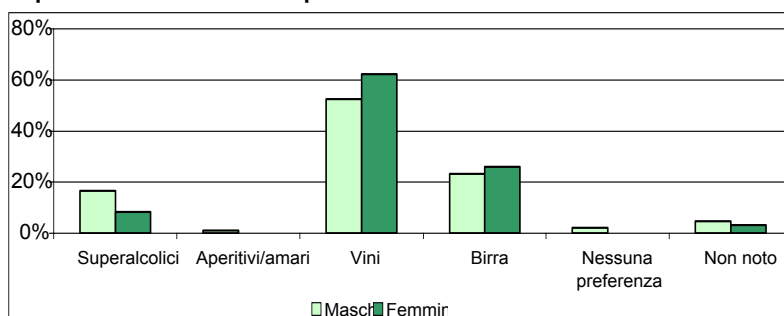
a) grafico a sinistra: maschi;
b) grafico a destra: femmine.



Elaborazione su dati Osservatorio Territoriale Droga e Tossicodipendenze-ASL MI2

La bevanda alcolica d'abuso prevalente è per entrambi i sessi il vino (52,6% nei maschi, 62,3% nelle femmine) seguita dalla birra (23,2% nei maschi, 26,2% nelle femmine). L'abuso prevalente di superalcolici si rileva nel 16,5% degli uomini e nell'8,2% delle donne (con un incremento significativo rispetto ai dati dell'anno precedente 2005: 5,9% nei maschi e 2,2% nelle femmine rispettivamente).

Grafico 4.12. Distribuzione percentuale dei soggetti in carico presso i NOA della ASL MI2 per sostanza di abuso primaria e sesso. Anno 2006.



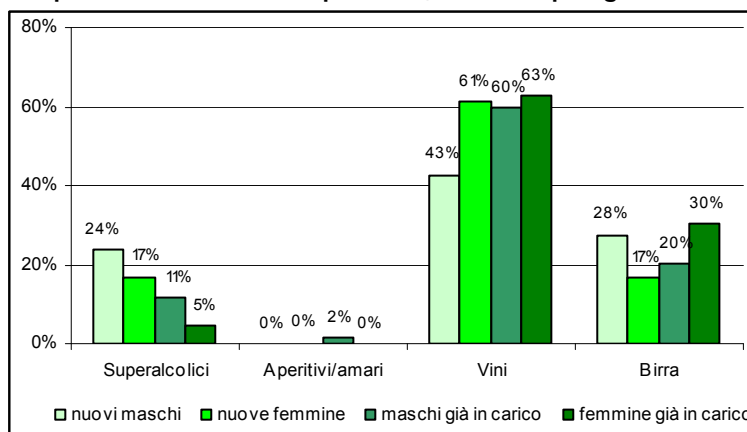
Elaborazione su dati Osservatorio Territoriale Droga e Tossicodipendenze-ASL MI2

In base alla tipologia di utenza permangono come sostanze d'abuso prevalenti in primo luogo il vino, sia nei nuovi utenti (45,9%) che negli utenti già noti (60,5%), seguito dalla birra (25,5% nuovi utenti, 22% utenti noti). Si è rilevato un incremento significativo di utenti alla prima richiesta di cura con preferenza d'abuso di superalcolici rispetto agli utenti già noti (22,4% vs 9,6%).

Distinguendo la popolazione in base a sostanza d'abuso preferenziale, sesso e tipologia d'utenza si rileva che il vino permane la sostanza d'uso prevalente sia in soggetti di sesso maschile che femminile già noti al Servizio (59,6% e 62,8% rispettivamente) che nei soggetti di sesso maschile e femminile al primo contatto con il Servizio (42,5% vs 61,1% rispettivamente).

Di rilievo il riscontro di una maggior percentuale di soggetti al primo contatto che riferiscono abuso di superalcolici in entrambi i sessi (23,8% M, 16,7% F) rispetto ai pazienti già noti (11,4% M, 4,7% F) ed un decremento d'abuso di birra come sostanza primaria nelle nuove utenti di sesso femminile (16,7% F) rispetto a quelle già in carico (30,2%).

Grafico 4.13. Distribuzione percentuale dei soggetti in carico presso i NOA della ASL MI 2 per sostanza di abuso primaria, sesso e tipologia utente. Anno 2006.



Elaborazione su dati Osservatorio Territoriale Droga e Tossicodipendenze-ASL MI2

Relativamente alla sostanza alcolica d'abuso primaria si evidenzia che l'età media per gli utenti utilizzatori preferenziali di vino, aperitivi, amari e digestivi è pari a 49 anni, per gli utilizzatori preferenziali di superalcolici è pari 44 anni mentre risulta inferiore, pari a 39 anni, l'età media relativa ai soggetti abusatori di birra e agli abusatori senza preferenza di sostanza alcolica.

Dei 255 soggetti in carico per la cura dell'alcolismo, 30 (11,8%) presentano abuso concomitante di sostanze stupefacenti e psicotrope (rispettivamente 22 soggetti nella sede di Gorgonzola e 8 in quella di Pieve Emanuele) con una prevalenza del poliabuso nel sesso maschile (25 M vs 5 F).

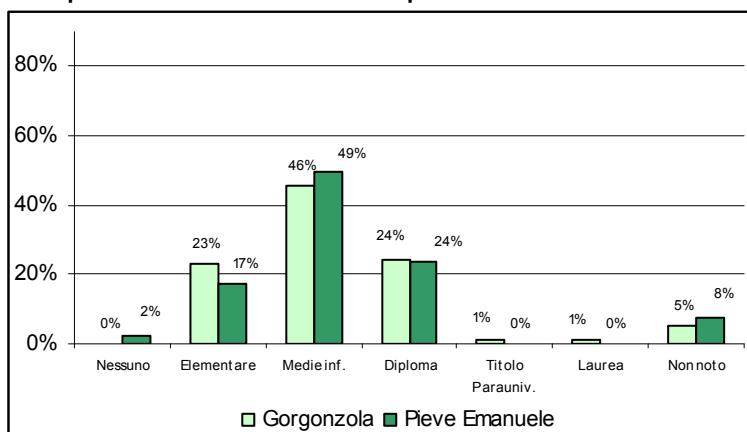
11 soggetti (4,3%) presentano concomitante abuso di farmaci (2 di sesso maschile e 9 di sesso femminile).

4.2.1 Caratteristiche socio-demografiche dell'utenza afferente all'Unità Operativa Alcolologia

La maggior parte degli utenti in carico (71%) dichiara di avere un livello medio di istruzione (licenza media inferiore, media superiore o diploma professionale), il 21,6% un livello di istruzione bassa (nessun titolo o licenza elementare) e solo l'1,6% un livello alto (studi universitari).

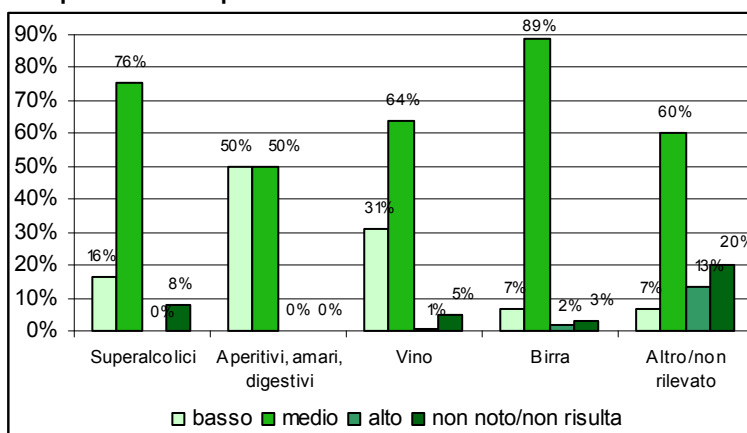
Come si osserva dal grafico sottostante, fra gli abusatori preferenziali di birra si rileva una percentuale più consistente di utenti con livello medio di istruzione (88,5%) ed una percentuale di soggetti con bassa scolarità pari al 6,6%; fra gli abusatori preferenziali di superalcolici la percentuale di soggetti con un basso livello di scolarità è pari al 16,2%. Tra coloro che abusano di aperitivi/amari/digestivi si rileva una percentuale di soggetti con basso livello di istruzione pari al 50%. Infine, fra gli abusatori preferenziali di vino si rileva un livello medio di istruzione inferiore rispetto alla media (63,6%).

Grafico 4.14. Distribuzione percentuale dei soggetti in carico presso i NOA della ASL MI 2 per titolo di studio e Unità Operativa. Anno 2006.



Elaborazione su dati Osservatorio Territoriale Droga e Tossicodipendenze-ASL MI2

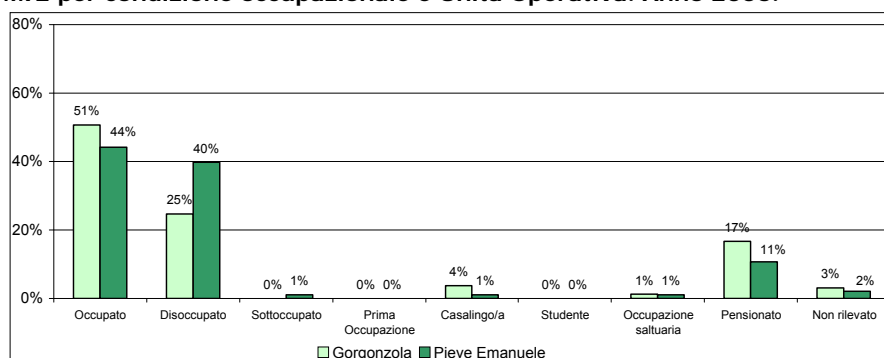
Grafico 4.15. Distribuzione percentuale dei soggetti in carico presso i NOA della ASL MI 2 per sostanza primaria d'abuso e livello di istruzione. Anno 2006.



Elaborazione su dati Osservatorio Territoriale Droga e Tossicodipendenze-ASL MI2

La maggior parte dell'utenza risulta occupata (49,8%), il 32,9% risulta disoccupato ed il 17,3% è economicamente non attivo (pensionati, studenti).

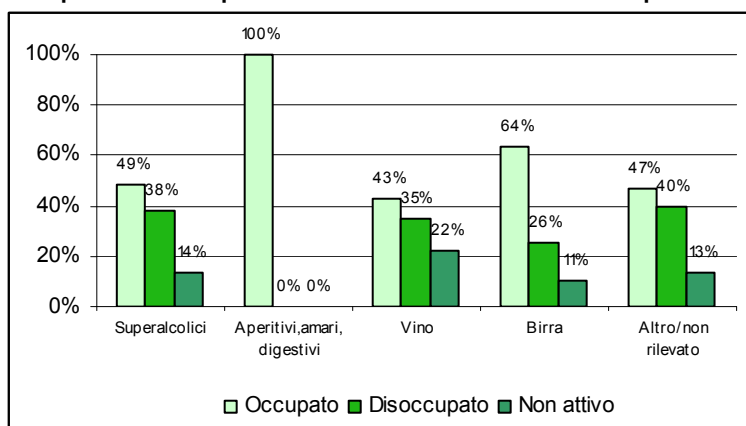
Grafico 4.16. Distribuzione percentuale dei soggetti in carico presso i NOA della ASL MI 2 per condizione occupazionale e Unità Operativa. Anno 2006.



Elaborazione su dati Osservatorio Territoriale Droga e Tossicodipendenze-ASL MI2

La condizione occupazionale è sostanzialmente omogenea tra gli utenti, indipendentemente dalla sostanza alcolica d'abuso preferenziale. Solo nei soggetti con abuso preferenziale di birra risulta più elevata la quota di soggetti occupati (63,6%) ed inferiore alla media quella dei disoccupati (25,8%) e dei non attivi economicamente (10,6%). Infine fra i soggetti non attivi economicamente risulta più elevata della media la quota degli abusatori preferenziali di vino (22,2%). Poiché fra gli utenti in carico non sono presenti studenti si evince che tali dati sono relativi solo a soggetti pensionati.

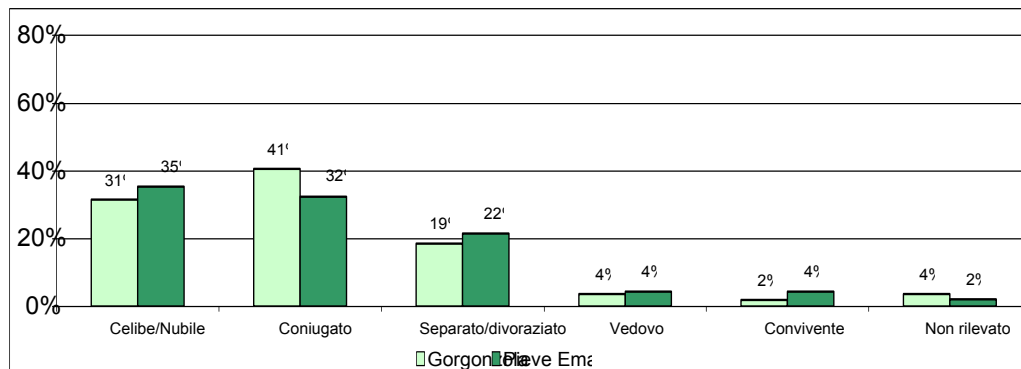
Grafico 4.17 Distribuzione percentuale dei soggetti in carico presso i NOA della ASL MI 2 per sostanza primaria d'abuso e condizione occupazionale. Anno 2006.



Elaborazione su dati Osservatorio Territoriale Droga e Tossicodipendenze-ASL MI2

Per quanto concerne lo stato civile la maggior parte dell'utenza risulta coniugata o convivente (gruppo con famiglia propria: 40,4%), il 32,9% è celibe/nubile, il 23,5% è separato, divorziato o vedovo.

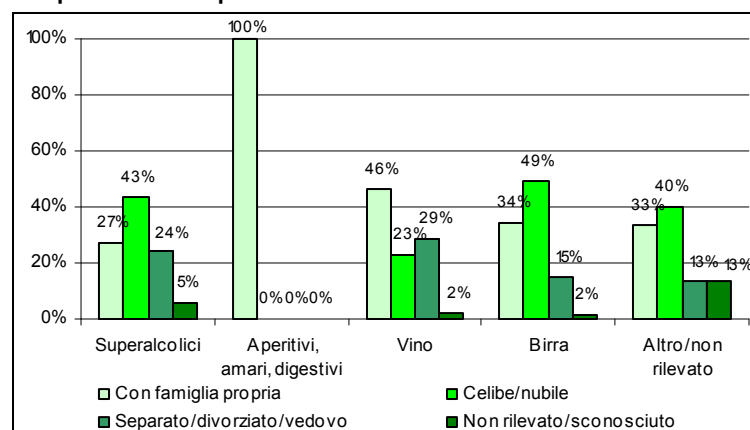
Grafico 4.18. Distribuzione percentuale dei soggetti in carico presso i NOA della ASL MI 2 per stato civile e Unità Operativa. Anno 2006.



Elaborazione su dati Osservatorio Territoriale Droga e Tossicodipendenze-ASL MI2

Fra i soggetti con famiglia propria la percentuale di utenti con abuso preferenziale di superalcolici (27%) e di birra (34,4%) risulta inferiore alla media. Fra i soggetti celibi/nubili la percentuale di utenti con abuso preferenziale di vino è inferiore alla media (22,9%) e superiore risulta invece la percentuale di abusatori preferenziali di superalcolici (43,2%) e soprattutto di birra (49,2%). Fra i separati, divorziati e vedovi la percentuale di utenza abusatrice preferenziale di birra risulta inferiore alla media (14,8%).

Grafico 4.19. Distribuzione percentuale dei soggetti in carico presso i NOA. della ASL MI 2 per sostanza primaria d'abuso e stato civile. Anno 2006.



Elaborazione su dati Osservatorio Territoriale Droga e Tossicodipendenze-ASL MI2

Si segnala che il dato relativo ad aperitivi, amari, digestivi non è indicativo poiché riferito a soli 2 soggetti.

4.3 PROFILO DEI SOGGETTI INVIATI PRESSO COMUNITÀ TERAPEUTICHE

Nel 2006 sono stati 159 i soggetti in carico alle UO del SerT inseriti nelle strutture residenziali, per un numero complessivo di 202 inserimenti, così distribuiti:

- 25 soggetti (15,7%) nelle strutture residenziali del territorio;
- 129 soggetti (81,1%) in strutture territoriali regionali fuori territorio;
- 13 soggetti (8,2%) in strutture fuori regione.

Otto soggetti sono transitati da una tipologia di struttura ad un'altra.

Alla data del 1 gennaio 2006, risultavano già inseriti in comunità 66 soggetti (41,5%), mentre 93 (58,5%) hanno iniziato il trattamento residenziale nel corso dell'anno.

Nel corso del 2006, per i 159 soggetti inseriti in comunità, sono stati effettuati complessivamente 202 ingressi così ripartiti per UO e per ubicazione della struttura residenziale (SR):

	TOT. UTENTI	comunità aslm2		comunità Regione Lombardia		comunità extra Regione		TOT. INSERIMENTI
		in carico dal 2005	ingressi 2006	in carico dal 2005	ingressi 2006	in carico dal 2005	ingressi 2006	
Ser.T Gorgonzola	47		8	16	35	1	1	61
Ser.T Vizzolo	54	5	5	14	34	4	3	65
Ser.t Rozzano	44	4	3	11	37	2	1	58
NOA	14		1	8	7	1	1	18
	159	9	17	49	113	8	6	202
totale		26		162		14		

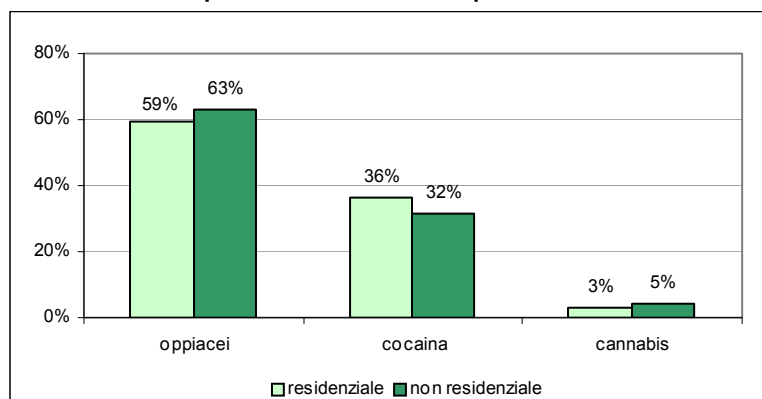
Relativamente alla ripartizione percentuale del totale degli ingressi per ubicazione della struttura residenziale si osserva che la maggior parte degli ingressi avviene nelle strutture residenziali della Regione Lombardia (80%) circa il 13% in strutture del territorio ASL MI2 e solo un esiguo numero di ingressi avviene in strutture residenziali fuori regione (7%); come riportato nella tabella precedente: al 1 gennaio 2006 erano 8 i soggetti inseriti in strutture fuori regione, nel corso dell'anno sono stati attivati 6 nuovi ingressi, equivalente, di fatto, a -25% rispetto al 2005.

Rispetto al dato relativo ai SerT, la composizione per sesso dell'utenza trattata nelle strutture del privato sociale non evidenzia significative differenze tra i due collettivi, solo una presenza sensibilmente maggiore di soggetti maschi (89% contro l'86% nelle strutture ambulatoriali). Significativamente maggiore è invece la presenza in comunità di utenti già noti ai servizi (88%), infatti, l'invio in comunità terapeutica risulta quasi tre volte maggiore per i soggetti già in carico piuttosto che nuovi (odds ratio pari a 2,81).

L'età media dei soggetti è pari a 35 anni con le femmine mediamente poco più giovani dei maschi (33 contro 35 anni).

Rispetto agli utenti in carico presso i SerT si rileva una quota minore di utilizzatori di oppiacei, mentre maggiore risulta il dato relativo ai consumatori di cocaina; infatti, il 59% (contro il 63% nei SerT) degli utenti risulta in trattamento presso le comunità terapeutiche per problemi legati all'utilizzo di oppiacei, il 36% (contro il 32% dei soggetti nei servizi ambulatoriali) utilizza cocaina, il 3% cannabis (contro il 5%) fa uso di cannabis.

Grafico 4.20. Distribuzione percentuale degli utenti in trattamento residenziale e non residenziale per sostanza di abuso primaria. Anno 2006.



Elaborazione su dati Osservatorio Territoriale Droga e Tossicodipendenze-ASL MI2

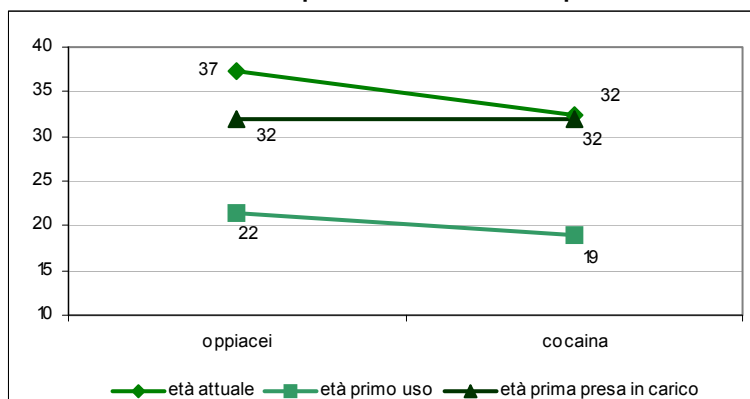
Rispetto all'utilizzo iniettivo della sostanza tra i soggetti in comunità si rileva che il 44% dei soggetti utilizza la sostanza per via parenterale, il dato si mostra superiore a quello rilevato nei SerT (40%) e suggerisce una maggiore problematicità dei soggetti in trattamento presso questo tipo di strutture rispetto agli utilizzatori trattati nei SerT.

In linea con quanto rilevato presso i servizi ambulatoriali, anche presso le comunità la maggior parte dei soggetti fa uso di una sola sostanza (70%), il 23% utilizza un'altra sostanza oltre a quella per cui risulta in trattamento e il 5% ne usa almeno altre due. Sono i soggetti utilizzatori di oppiacei a riferire in misura maggiore l'uso di sostanze secondarie (33%); tra gli utilizzatori di cocaina poco più dell'11% dei soggetti risulta poliabusatore, mentre non risultano consumatori di cannabinoidi o di altre sostanze illegali che fanno uso di altre sostanze oltre alla primaria.

La sostanza secondaria più utilizzata è la cocaina (64%), seguono la cannabis (36%) e l'alcol (14%).

L'età media dei soggetti in carico per uso di oppiacei è pari a 37 anni e scende a 32 anni per i consumatori di cocaina (dati in linea con quanto rilevato presso i servizi ambulatoriali). L'età di primo uso risulta più bassa per gli utilizzatori di cocaina, 19 anni (contro i 21 anni rilevati per gli utilizzatori di cocaina in carico presso i SerT); pari a 32 anni risulta invece l'età media di prima presa in carico sia per gli utilizzatori di oppiacei che per i consumatori di cocaina.

Grafico 4.21. Distribuzione dei valori medi dell'età di primo uso della sostanza primaria, dell'età di prima presa in carico e dell'età attuale dei soggetti in trattamento residenziale per sostanza d'abuso primaria. Anno 2006.



Elaborazione su dati Osservatorio Territoriale Droga e Tossicodipendenze–ASL MI2

L'analisi delle caratteristiche socio demografiche evidenzia differenze tra i soggetti in carico presso le comunità terapeutiche rispetto all'utenza generale.

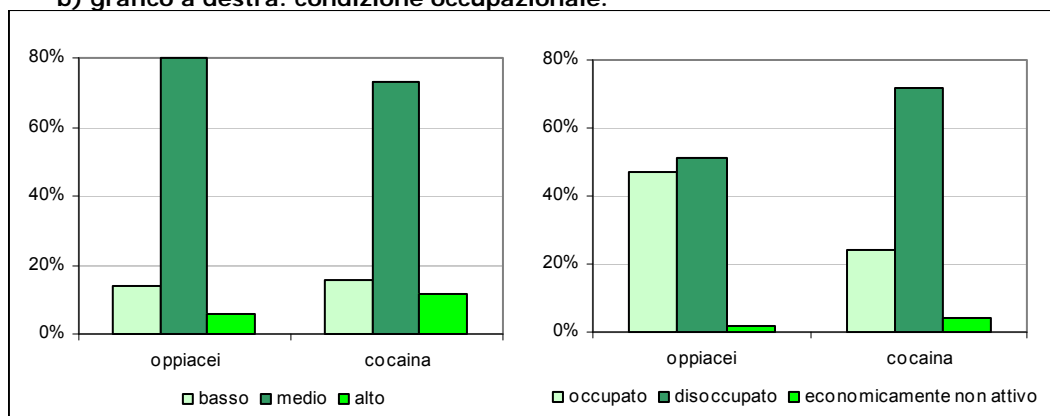
Tra i soggetti in trattamento presso le comunità terapeutiche si rileva una quota maggiore di utenti con un livello di istruzione basso (14% contro l'11% nei SerT) e medio (78% contro 67%) mentre più basso è il dato relativo agli utenti che hanno un elevato livello di istruzione (9% contro 22%).

Considerando i soli utilizzatori di oppiacei e cocaina (dato il ridotto numero di utilizzatori delle altre tipologie di sostanze), il confronto tra gli utilizzatori delle due tipologie di sostanze evidenzia una percentuale maggiore di utilizzatori di cocaina che ha un elevato livello di istruzione (12% contro il 6% degli utilizzatori di oppiacei) mentre minore è il dato relativo agli utilizzatori di cocaina con un livello di istruzione medio (73% contro 80%).

Rispetto alla condizione occupazionale si rileva che un soggetto disoccupato ha una probabilità quattro volte maggiore di essere inviato in comunità terapeutica rispetto a un soggetto occupato (odds ratio pari a 3,94). Infatti, la maggior parte dei soggetti in comunità risulta disoccupato (58% contro il 25% dei soggetti in carico nei SerT), il 40% occupato e il 3% economicamente non attivo (Grafico 4.22). Tra gli utilizzatori di cocaina i disoccupati sono il 72% di questa tipologia di utenti e solo il 24% di questi utilizzatori risulta occupato.

Grafico 4.22. Distribuzione percentuale dei soggetti utilizzatori di oppiacei e cocaina in trattamento residenziale secondo la sostanza che determina il trattamento. Anno 2006.

- a) grafico a sinistra: scolarità;
b) grafico a destra: condizione occupazionale.



Elaborazione su dati Osservatorio Territoriale Droga e Tossicodipendenze-ASL MI2

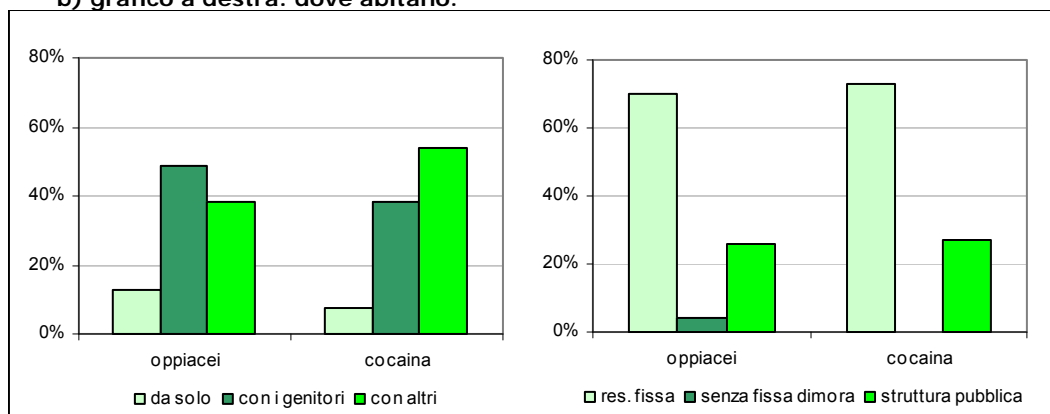
Il 47% degli utenti dichiara di abitare con i genitori, il 10% vive da solo e il 43% dei soggetti abita con altre persone. Distinguendo l'utenza in base alla sostanza di abuso primaria, è minore rispetto al dato generale tra gli utilizzatori di cocaina la frazione di utenti che vive con i genitori (38%) e maggiore la quota di utenti che abita con altre persone (54%) (Grafico 4.23a).

Se quasi il 90% degli utenti in carico presso i SerT ha una fissa dimora, tra gli utenti in comunità il 73% dei soggetti dichiara di avere una dimora fissa, il 3% risulta senza fissa dimora e il 25% dei soggetti in comunità abita invece in strutture pubbliche.

Tra gli utilizzatori di cocaina non si rilevano soggetti senza fissa dimora, mentre risulta non avere fissa dimora il 4% dei consumatori di oppiacei (Grafico 4.23b).

Grafico 4.23. Distribuzione percentuale dei soggetti utilizzatori di oppiacei e cocaina in trattamento residenziale in base alla condizione abitativa; secondo la sostanza che determina il trattamento. Anno 2006.

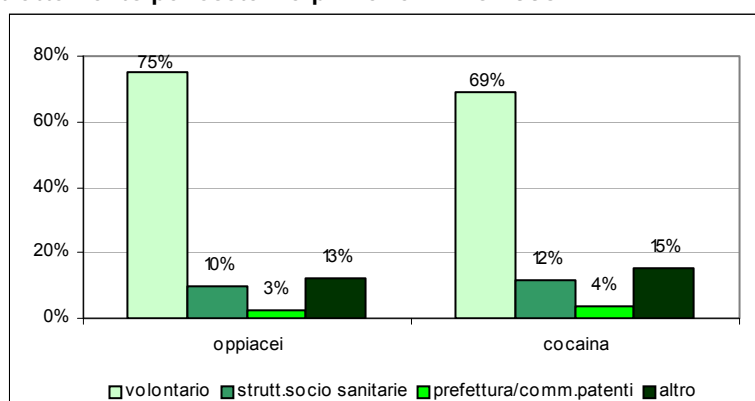
- a) grafico a sinistra: con chi abitano;
b) grafico a destra: dove abitano.



Elaborazione su dati Osservatorio Territoriale Droga e Tossicodipendenze-ASL MI2

Anche tra i soggetti in comunità la maggior parte degli utenti è giunto in servizio per scelta volontaria e il dato risulta più elevato rispetto a quanto rilevato nei SerT (70% contro 47%), l'11% dei soggetti risulta inviato da strutture socio sanitarie, solo il 4% risulta inviato dalle autorità (contro il 22% rilevato tra i soggetti nei SerT) e il 14% è giunto in trattamento attraverso altri canali.

Grafico 4.24. Distribuzione percentuale dei soggetti utilizzatori di oppiacei e cocaina in trattamento residenziale secondo il canale di invio che determina la domanda di trattamento per sostanza primaria. Anno 2006.



Elaborazione su dati Osservatorio Territoriale Droga e Tossicodipendenze–ASL MI2

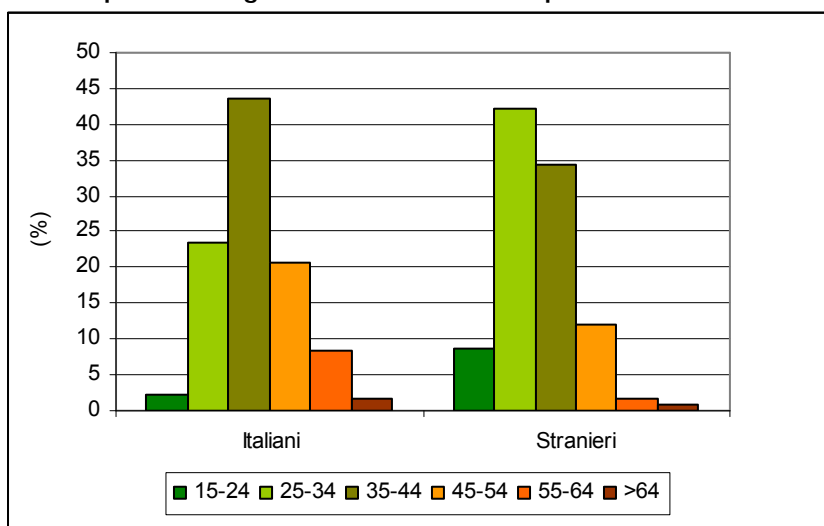
4.4 PROFILO DEI SOGGETTI IN CARCERE

Nel 2006 nella casa di reclusione di Opera è avvenuto un rilevante avvicinamento di tossicodipendenti dovuto all'indulto (dal mese di agosto) e al trasferimento di detenuti da S. Vittore a causa di reparti pericolanti. Si è assistito, nell'arco di pochi mesi, ad un forte decremento di pazienti, cui ha corrisposto un altrettanto forte domanda di presa in carico. Per questo motivo le nuove cartelle sanitarie aperte nell'anno risultano essere 290, a fronte delle 238 del 2005, pari ad un + 21,84%.

La popolazione seguita dal SerT presso la casa di reclusione di Opera, è composta da 707 detenuti di cui, quasi il 98% di sesso maschile e l'83% di nazionalità italiana. Le poche donne in trattamento sono tutte di nazionalità italiana.

L'età media è di circa 40 anni (da di quasi 10), non mostra variazioni tra i nuovi casi ed i già noti, complessivamente più bassa tra gli stranieri (circa 35) rispetto agli italiani (circa 41).

Grafico 4.25. Distribuzione percentuale per classi di età e nazionalità dei soggetti tossicodipendenti seguiti dal SerT di Milano Opera.

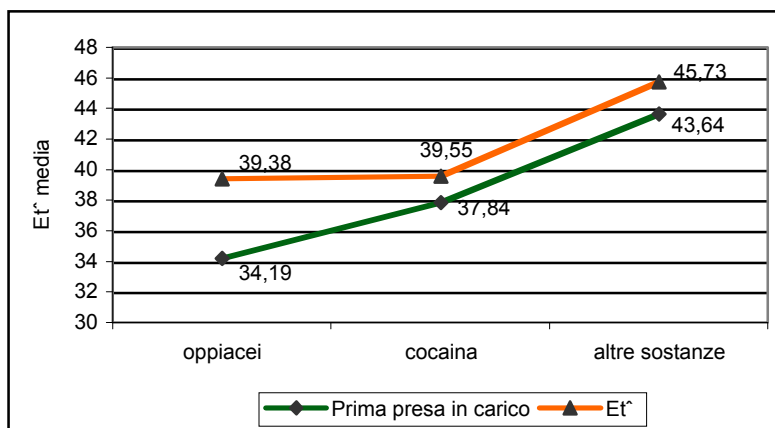


Elaborazione su dati Osservatorio Territoriale Droga e Tossicodipendenze-ASL MI2

L'età media è di circa 39 anni sia per gli utenti seguiti per utilizzo di oppiacei che di cocaina, mentre sale a circa 46 per coloro che utilizzano altri tipi di sostanze. Lo scarto tra l'età media di prima presa in carico e quella attuale, risulta superiore per i tossicodipendenti da derivati dell'oppio, mentre non supera i tre anni per quelli seguiti per cocaina ed altre sostanze (Grafico 4.26). Il dato riferito alle altre sostanze riguarda i pazienti alcolisti i quali rappresentano un gruppo con proprie peculiari caratteristiche, molto differenti dalle altre categorie di tossicodipendenti, anche sotto il profilo criminologico.

Dai dati anamnestici si rileva anche che gli assuntori di eroina scontano un numero di carcerazioni maggiori degli altri tossicodipendenti e alcolisti, con una permanenza complessiva in carcere di gran lunga maggiore.

Grafico 4.26. Distribuzione dei valori medi (in anni) dell'età di prima presa in carico e dell'età attuale dei soggetti seguiti dal SerT di Milano Opera, per sostanza primaria.

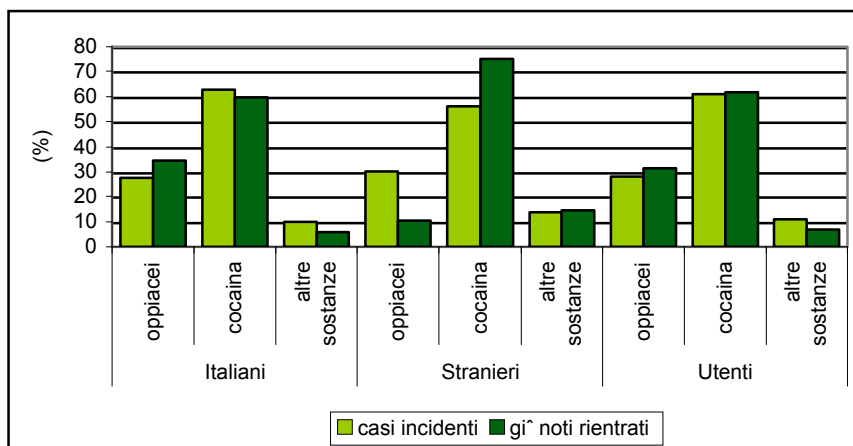


Elaborazione su dati Osservatorio Territoriale Droga e Tossicodipendenze-ASL MI2

Circa il 46% dei detenuti è entrato in trattamento nel corso dell'anno anche se in quasi il 17% dei casi si tratta di soggetti già conosciuti al servizio. I casi incidenti rappresentano quindi circa il 39% degli utenti seguiti presso il SerT della struttura penitenziaria.

Poco più del 61% (nel 2005: 58%) è trattato per consumo di cocaina ed il 30% per eroina (nel 2005: 33%), senza variazioni di rilievo tra casi incidenti e già noti (Grafico 4.27).

Grafico 4.27. Distribuzione percentuale dei soggetti seguiti dal SerT di Milano Opera suddivisi per tipologia di utenza, nazionalità e sostanza d'uso primaria.



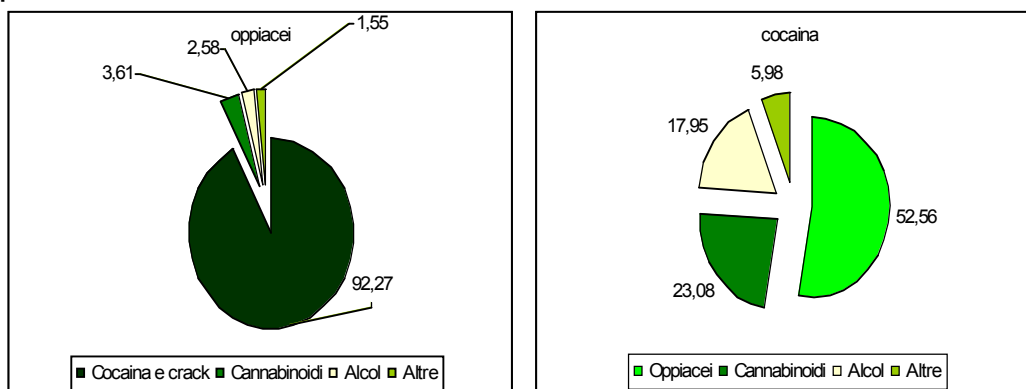
Elaborazione su dati Osservatorio Territoriale Droga e Tossicodipendenze-ASL MI2

Il poliabuso riguarda quasi il 69% dell'utenza: il 38% associa alla sostanza primaria l'uso di cocaina, quasi il 26% gli oppiacei, il 20% alcol ed il 13% cannabinoidi.

Distinguendo per sostanza primaria, si osserva che tra i poliabuser in trattamento per oppiacei, più del 92% assume cocaina (nel 2005: 94%), molto diversificato il dato riferito alla cocaina, i cui assuntori associano oppiacei nel 52%, cannabinoidi nel 23%, alcol nel 18% dei casi (nel 2005 rispettivamente: 71% - 15% - 11%)

Gli alcolisti presi in carico sono quasi totalmente legati all'alcol come sostanza primaria.

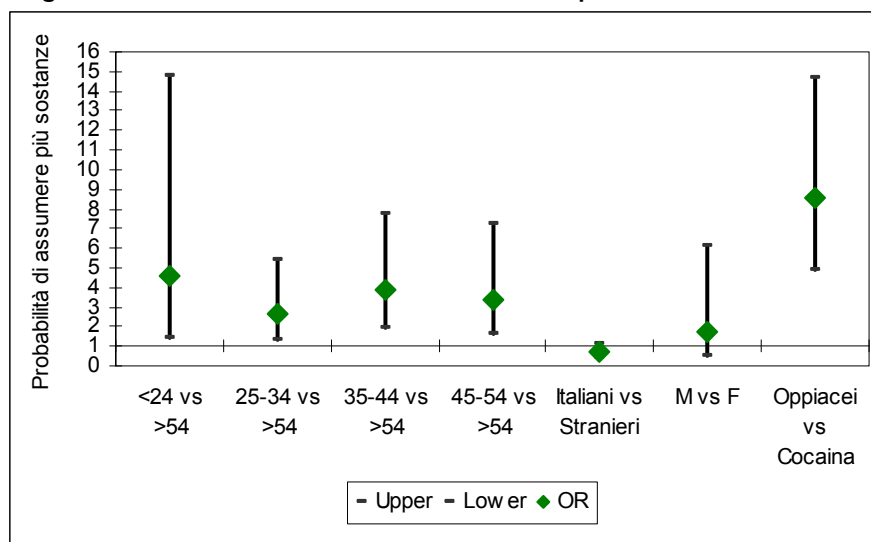
Grafico 4.28. Distribuzione percentuale delle sostanze secondarie assunte dagli utenti in trattamento nel SerT di Milano Opera distinti per sostanza d'abuso primario.



Elaborazione su dati Osservatorio Territoriale Droga e Tossicodipendenze-ASL MI2

Come mostrato nel Grafico e nella Tabella sottostanti, a parità delle altre variabili, il rischio di assumere più sostanze è significativamente superiore tra i detenuti in trattamento per oppiacei rispetto a quelli per cocaina, e tra gli under 54enni rispetto ai detenuti più grandi (OR > 1 con Intervalli di confidenza che non comprendono l'1). Non si rilevano differenze in relazione al genere ed alla nazionalità.

Grafico 4.29. Distribuzione dei fattori di rischio associati al consumo di più sostanze tra gli utenti in trattamento nel SerT di Milano Opera.



Elaborazione su dati Osservatorio Territoriale Droga e Tossicodipendenze-ASL MI2

Tabella 4.4. Distribuzione dei fattori di rischio associati al consumo di più sostanze tra gli utenti in trattamento nel SerT di Milano Opera.

		Odds Ratio	IC (95%)
Età	<24 contro >54	4,59	1,43-14,79
	25-34 contro >54	2,63	1,29-5,39
	35-44 contro >54	3,82	1,89-7,74
	45-54 contro >54	3,39	1,58-7,26
Nazionalità	Italiani contro Stranieri	0,69	0,41-1,15
Genere	Maschi contro Femmine	1,78	0,52-6,14
Sostanza	Oppiacei contro Cocaina	8,52	4,94-14,69

Elaborazione su dati Osservatorio Territoriale Droga e Tossicodipendenze-ASL MI2

La via iniettiva è utilizzata da circa l'83% (nel 2005: 80%) degli utenti che assumono primariamente oppiacei contro l'11% dei cocainomani (nel 2005: 13%).

Tabella 4.5. Modalità di assunzione di oppiacei e cocaina.

	iniettata	fumata/inalata
oppiacei	83,41	16,59
cocaina	11,37	88,63

Elaborazione su dati Osservatorio Territoriale Droga e Tossicodipendenze-ASL MI2

Per i detenuti in trattamento per oppiacei, il rischio di assumere la sostanza per via parenterale è nettamente superiore per gli italiani rispetto agli stranieri, mentre non si evidenziano differenze in relazione all'età ed all'essere o meno poliassuntori.

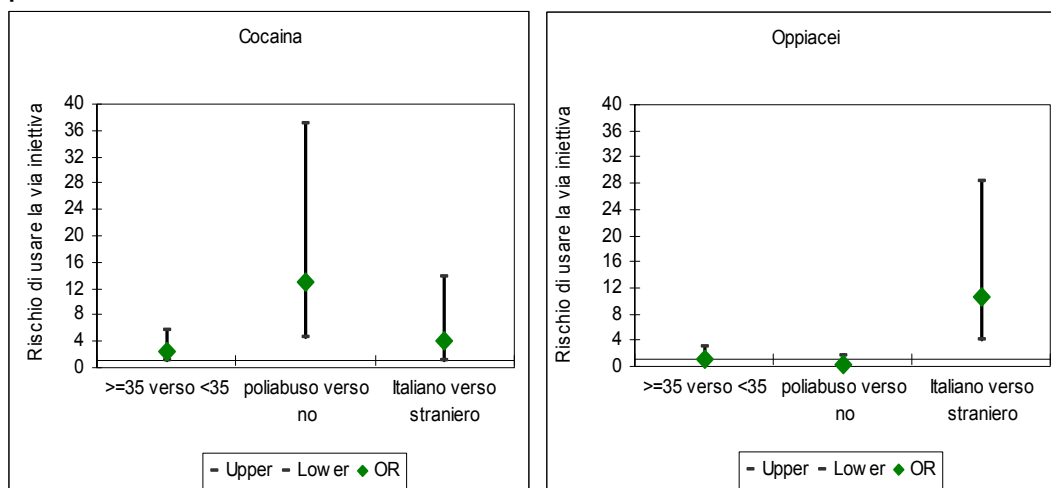
Tra gli utenti seguiti per uso di cocaina, invece risultano fattori positivamente associati all'uso per via iniettiva, oltre l'essere di nazionalità italiana piuttosto che estera, assumere più sostanze piuttosto che una, ed avere più di 35 anni (Tabella 4. e Grafico 4.).

Tabella 4.6. Distribuzione dei fattori di rischio associati al ricorso alla via iniettiva tra gli utenti in trattamento nel SerT di Milano Opera per oppiacei e tra quelli seguiti per cocaina.

		Odds Ratio	IC (95%)
Oppiacei	>=35 contro <35	1,18	0,45-3,08
	poliabuso contro no	0,18	0,02-1,61
	Italiano contro straniero	10,71	4,04-28,39
Cocaina	>=35 contro <35	2,55	1,16-5,57
	poliabuso contro no	12,94	4,53-36,95
	Italiano contro straniero	4,02	1,18-13,66

Elaborazione su dati Osservatorio Territoriale Droga e Tossicodipendenze-ASL MI2

Grafico 4.30. Distribuzione dei fattori di rischio associati al ricorso alla via iniettiva tra gli utenti in trattamento nel SerT di Milano Opera per oppiacei e tra quelli seguiti per cocaina.



Elaborazione su dati Osservatorio Territoriale Droga e Tossicodipendenze–ASL MI2

Tra le 15 donne seguite dal Ser.T della struttura penitenziaria, 8 fanno uso di oppiacei e le rimanenti di cocaina. L'uso della via iniettiva riguarda la totalità delle utenti in trattamento per la prima tipologia di sostanze e quasi il 29% delle utilizzatrici di cocaina.

4.5 CONSUMO PROBLEMATICO DI SOSTANZE PSICOATTIVE

Il consumo problematico di sostanze psicoattive rappresenta il secondo indicatore chiave proposto dall'Osservatorio Europeo per il monitoraggio del fenomeno droga; tale indicatore si pone come obiettivo quello di andare ad investigare quei pattern di consumo più gravi che possono essere rilevati in maniera parziale dalle indagini campionarie di popolazione. Nel corso degli anni i gruppi di ricerca dell'Osservatorio Europeo hanno condiviso una definizione di uso problematico di sostanze psicoattive¹ definendo anche le metodologie di stima del totale della popolazione che presenta tali caratteristiche. Le metodologie sviluppate, sfruttando al massimo l'informazione acquisita sulla quota di utilizzatori che vengono intercettati dai servizi di trattamento o da altre agenzie preposte al contrasto od alla riabilitazione in un determinato arco temporale, permettono di quantificare l'entità numerica dei soggetti utilizzatori problematici, già conosciuti o totalmente sconosciuti, che non sono stati censiti nel periodo di tempo considerato. La stima del cosiddetto sommerso, vista anche la tipologia di informazione che solitamente viene analizzata e che deriva principalmente dai flussi informativi delle strutture di trattamento specifiche e non specifiche per l'utenza tossicodipendente, può essere interpretata come la stima del totale di quei soggetti che, residenti nell'area in studio, sono eleggibili al trattamento in un determinato periodo di tempo.

Grazie all'informazione a livello analitico rilevata all'interno delle attività di monitoraggio per il territorio della ASL MI2, è stato possibile determinare le stime di prevalenza dei soggetti eleggibili al trattamento sia secondo la definizione di uso problematico definita dall'Osservatorio Europeo che per tre gruppi specifici di sostanze: gli oppiacei, la cocaina e le bevande alcoliche.

4.5.1 Gli utilizzatori problematici

Per la determinazione della stima, per l'anno 2006, del numero di soggetti utilizzatori problematici nel territorio della ASL MI2, è stata utilizzata la metodologa denominata cattura/ricattura applicata a due fonti di dati: quella relativa ai soggetti in carico e trattati presso SerT e quella relativa alle Schede di Dimissione Ospedaliera con diagnosi principale o concomitante riconducibile alle sostanze di riferimento della definizione dell'Osservatorio Europeo, come riportato in Tabella 4.7.

Nel complesso sul territorio sono stimati circa 3.700 utilizzatori problematici (IC 95% 2.734 – 5.552) corrispondenti ad una prevalenza stimata di 10 soggetti ogni mille residenti di età compresa tra i 15 ed i 64 anni.

Tabella 4.7. Utilizzo problematico, stime dei casi prevalenti e della prevalenza per mille residenti di età 15-64. Anno 2006.

Casi prevalenti			Prevalenza		
Stima	IC (95%)		Stima	IC (95%)	
3.726	2.734	5.552	10,0	7,4	15,0

¹ Per uso problematico di sostanze è da intendersi il consumo di sostanze stupefacenti per via iniettiva oppure il consumo a lungo termine/regolare di oppiacei, cocaina e/o amfetamine.

Tale valore risulta superiore, benchè ai limiti della significatività statistica, al dato medio nazionale stimato in 8,0 soggetti ogni mille residenti di età a rischio.

4.5.2 Gli utilizzatori problematici di oppiacei

Limitando l'analisi ai flussi relativi ai soggetti trattati e con oppiacei come sostanza di abuso primario, ai soggetti con Scheda di Dimissione Ospedaliera con diagnosi riconducibile all'uso di oppiacei ed applicando la stessa metodologia, per l'anno 2006 sono stimati circa 2.500 utilizzatori problematici di oppiacei residenti nel territorio della ASL e corrispondenti ad una prevalenza di poco meno di 7 soggetti (IC 95% 5,4 – 9,4) ogni mille di età a rischio, come mostrato in Tabella 4.8.

Tabella 4.8. Utilizzo problematico, stime dei casi prevalenti e della prevalenza per mille residenti di età 15-64. Anno 2006.

Casi prevalenti			Prevalenza		
Stima	IC (95%)		Stima	IC (95%)	
2.540	2.006	3.480	6,8	5,4	9,4

Rispetto alla stima relativa all'anno 2005 i valori per il 2006 sono del tutto in linea e si mantengono al di sopra del valore nazionale che i attesta a 5,4 ogni mille residenti di età compresa tra i 15 ed i 64 anni.

4.5.3 Gli utilizzatori problematici di cocaina

Le stime dell'uso problematico di cocaina per l'anno 2006, elaborate tramite la stessa metodologia sugli stessi flussi presentati in precedenza e focalizzando l'attenzione alla sostanza di interesse, presentano valori prossimi ai 2.000 casi prevalenti (IC 95% 1.530 – 2.775), per una prevalenza stimata di 5,3 residenti (IC 95% 4,1 – 7,5) ogni mille di età a rischio.

Tabella 4.9. Utilizzo problematico, stime dei casi prevalenti e della prevalenza per mille residenti di età 15-64. Anno 2006.

Casi prevalenti			Prevalenza		
Stima	IC (95%)		Stima	IC (95%)	
1.974	1.530	2.775	5,3	4,1	7,5

Nel confronto con l'anno precedente i valori si mostrano del tutto in linea mantenendosi al di sopra del valore medio nazionale pari a 3,8 per mille residenti.

4.5.4 Gli utilizzatori problematici di bevande alcoliche

Le metodologie di stima del totale di popolazioni elusive come quella dei soggetti tossicodipendenti, una volta rispettati i criteri di applicabilità richiesti, forniscono risultati tanto più affidabili quanto maggiore è il grado di copertura dei flussi informativi utilizzati; per i soggetti tossicodipendenti, nella realtà nazionale, la quasi totalità di quelli che inizia o continua un percorso terapeutico transita attraverso i SerT e questo garantisce adeguatamente l'analisi in termini di completezza della rilevazione dell'utenza nota. Per l'utenza alcolodipendente tale copertura può essere parziale in quanto possono essere presenti sul territorio altre strutture di trattamento che attirano utenza con problematiche legate al consumo di bevande alcoliche senza che essa sia nota ai Nuclei Operativi Alcolologia operanti sul territorio stesso, causando una possibile distorsione delle stime.

Anche per l'anno 2006 sono state comunque elaborate stime della prevalenza degli utilizzatori problematici di bevande alcoliche incrociando i flussi relativi all'utenza in carico ai NOA ed alle SDO con diagnosi principale o concomitante riconducibile all'uso di alcolici, come riportato in tabella x.x. Nell'anno in esame si stimano circa 2.000 utilizzatori problematici di bevande alcoliche residenti nel territorio della ASL e corrispondenti ad una prevalenza stimata pari a 5,2 soggetti (IC 95% 4,1 – 7,0) residenti ogni mille di età a rischio.

Tabella 4.10. Utilizzo problematico, stime dei casi prevalenti e della prevalenza per mille residenti di età 15-64. Anno 2006.

Casi prevalenti			Prevalenza		
Stima	IC (95%)		Stima	IC (95%)	
1.922	1.521	2.599	5,2	4,1	7,0

Rispetto alle stime 2005 i valori si mostrano essere del tutto sovrapponibili.

4.6 ANALISI DEI TEMPI DI LATENZA

Con la presente analisi si intende studiare la distribuzione del tempo ("tempo di latenza") che intercorre tra il primo uso di oppiacei o cocaina e la prima richiesta di trattamento ad un servizio pubblico (calcolato sottraendo all'età di primo trattamento, l'età dichiarata di primo utilizzo); verranno valutati inoltre eventuali legami, del suddetto "tempo di latenza" con le variabili sesso, età al primo uso di oppiacei, periodo di primo uso della sostanza, condizione lavorativa ed abitativa e titolo di studio.

Tale analisi riguarda un gruppo di pazienti trattati nel corso dell'anno 2006, per consumo di oppiacei e cocaina, presso le Unità Operative Semplici SerT della ASL MI2.

Le variabili considerate sono state suddivise nelle seguenti modalità: l'età al primo uso della sostanza in " ≤ 20 anni" e " > 21 anni", la condizione occupazionale in "non lavora", "lavora", quella abitativa "con i genitori" e "altro", e il titolo di studio nelle due categorie "fino all'obbligo", che comprende tutti i livelli di scolarità maturati fino alla licenza media inferiore inclusa, e "oltre l'obbligo". La variabile periodo ("anno") di primo uso della sostanza è stata ricodificata nelle classi "prima del 1986", "tra il 1986 e il 1990", "tra il 1991 e il 1993" e "oltre il 1993" per i soggetti trattati per abuso primario di oppiacei e in "prima del 1999" e "dopo il 1999" per quelli presenti al servizio per abuso primario di cocaina.

La metodologia impiegata è l'Analisi della Sopravvivenza i cui obiettivi sono quelli di studiare la distribuzione del tempo di accadimento di un certo evento all'interno di una popolazione. L'effetto che le suddette variabili hanno sul "rischio" (cioè sulla probabilità) di richiedere per la prima volta un trattamento è stato studiato attraverso l'impiego del modello di regressione semiparametrica di Cox.

6.1 Analisi dei dati

La mancata o errata informazione relativa all'età di primo uso e/o di prima richiesta di trattamento, fondamentali per la costruzione della variabile tempo di latenza, non ha consentito l'analisi dell'intero gruppo di soggetti in trattamento per consumo di oppiacei e cocaina: sono stati analizzati pertanto, ai fini della stesura del presente paragrafo, 226 pazienti in trattamento per abuso primario di oppiacei e 83 per cocaina costituiti rispettivamente per circa l'85% e 91% da maschi. Un titolo di studio che va oltre l'obbligo lo si ritrova nel 18% dei consumatori di oppiacei e 14% di cocaina. Si ritrovano in una condizione lavorativa di occupazione stabile o saltuaria e con un diploma che va oltre la licenza media, rispettivamente circa il 72% e 18% dei consumatori di eroina e 63% e 24% dei consumatori di cocaina.

L'età media di primo utilizzo della sostanza passa dai 20 anni (la deviazione standard è poco meno di 5 anni) rilevati nel caso degli oppiacei ai 21 per la cocaina (deviazione standard di 6,4 anni) ed il 50% dei soggetti considerati ha iniziato ad utilizzare eroina prima dei 19 anni e cocaina prima dei 20.

L'età media di prima richiesta di trattamento ad un Servizio per le tossicodipendenze è circa 29 anni (deviazione standard di quasi 8 anni per gli oppiacei e 7 per la cocaina) in entrambi i gruppi considerati. Si rileva inoltre, che il 50% dei pazienti in cura hanno richiesto un primo trattamento prima dei 28 (per i consumatori di oppiacei) e 29 anni (per i consumatori di cocaina).

L'ingresso in trattamento è avvenuto mediamente quasi 9 e 8 anni dopo aver iniziato a utilizzare oppiacei e cocaina.

In Tabella 4.11 si riportano, per il gruppo dei consumatori di oppiacei, le evidenze rilevate tramite l'analisi della distribuzione dei tempi di latenza.

Tabella 4.11. Riepilogo dei valori di sintesi della distribuzione del tempo di latenza.

		oppiacei				
		Tempo medio di latenza	Errore standard	1° quartile	Mediana	3° quartile
Sesso	Maschio	9	0,5	3	4	14
	Femmina	8	1,1	3	5	10
Età primo uso	<=20 anni	11	0,6	5	10	17
	>=21 anni	5	0,5	1	4	9
Periodo primo uso	prima 1986	14	0,8	8	13	19
	1986-1991	8	0,7	4	8	12
	1991-1993	7	1,3	2	9	11
	dopo 1993	4	0,3	1	4	5
Titolo di studio	Fino all'obbligo	9	0,5	4	8	14
	Oltre l'obbligo	9	1,3	3	9	13
Occupazione	Non lavora	9	0,9	3	5	15
	Lavora	9	0,5	4	9	13
Condizione abitativa	Con i genitori	8	0,7	3	6	11
	Altro	10	0,6	4	9	15

L'analisi dell'"epoca" di primo uso di oppiacei evidenzia tempi di latenza medi che tendono ad abbreviarsi passando dai 14 anni (mediana 13 anni), rilevati per quanti hanno iniziato a far uso della sostanza in periodi più lontani (prima del 1986), ai 4 anni (mediana 4 anni) di quanti la hanno utilizzata per la prima volta dopo il 1993.

L'età di primo uso evidenzia inoltre tempi di latenza medi che sono di ca. 11 anni (con mediana 10) per coloro che cominciano ad utilizzare oppiacei prima dei 20 anni, e 5 anni (con mediana 4) per chi inizia oltre i 21 anni di età.

Differenze di rilievo non si evidenziano invece relativamente ai tempi impiegati in base ai diversi livelli delle variabili "abita" (con i genitori/altro), "occupazione" (non lavora/lavora) titolo di studio (fino all'obbligo/oltre l'obbligo) e sesso.

In Tabella 4.12 si riportano, per il gruppo dei consumatori di cocaina, le evidenze rilevate tramite l'analisi della distribuzione dei tempi di latenza.

Tabella 4.12. Riepilogo dei valori di sintesi della distribuzione del tempo di latenza.

		Cocaina				
		Tempo medio di latenza	Errore standard	1° quartile	Mediana	3° quartile
Età primo uso	<=20 anni	8	0.8	3	8	13
	>=21 anni	7	1.1	2	5	11
Periodo primo uso	prima 1999	13	0.7	9	12	16
	dopo 1999	3	0.3	1	3	5
Titolo di studio	Fino all'obbligo	9	0.8	3	8	12
	Oltre l'obbligo	6	1.1	2	5	9
Occupazione	Non lavora	9	1.3	3	8	15
	Lavora	7	0.7	2	7	10
Condizione abitativa	Con i genitori	5	0.6	2	5	9
	Altro	10	1.3	4	10	15

Anche nel gruppo dei pazienti in trattamento per consumo di cocaina l'analisi dell'"epoca" di primo uso della sostanza evidenzia tempi di latenza medi che si riducono passando dai 13 anni (mediana 12 anni), rilevati nel gruppo che ha iniziato a farne uso prima del 1999, ai 3 anni (mediana 3 anni) di quanti la hanno utilizzata per la prima volta dopo il 1999.

Si rilevano inoltre differenze significative anche relativamente al titolo di studio (fino all'obbligo/oltre l'obbligo) ed alla condizione abitativa (con i genitori/altro): i pazienti con un titolo di studio che si ferma alla scuola dell'obbligo hanno un tempo di latenza di quasi 9 anni (mediana 8 anni) contro i 6 di coloro che hanno un diploma di scuola media superiore (mediana 5 anni) mentre chi vive con i genitori ha un tempo di latenza che è di 5 anni (mediana 3 anni) contro i quasi 10 (mediana 10 anni) degli altri. Non si evidenziano invece differenze significative in merito alle variabili età di primo uso ed occupazione. La presenza di sole 8 femmine, all'interno del gruppo dei consumatori di cocaina, non ha consentito di effettuare analisi relative alla variabile sesso.

La valutazione "complessiva" dell'effetto che ogni singola variabile, sopra menzionata, ha sul TL al netto delle altre variabili considerate è stata effettuata attraverso l'impiego del modello semiparametrico a rischi proporzionali di Cox.

La necessità di studiare, più nello specifico, l'effetto delle due variabili "età di primo uso della sostanza" e "periodo di primo uso della sostanza" sul tempo di latenza, al netto delle variabili "sesso", "titolo di studio", "occupazione" e "condizione abitativa", ha reso indispensabile l'impiego di due modelli separati (uno relativo all'effetto della variabile "Età al primo uso della sostanza" sul TL e l'altro all'effetto della variabile "Periodo di primo uso della sostanza" sul TL).

In Tabella 4.13 vengono mostrati i risultati relativi al gruppo dei consumatori di oppiacei.

Tabella 4.13. Risultati del modello di Cox.

effetto della variabile "Età al primo uso della sostanza" sul TL	Oppiacei	
	Hazard Ratio	IC
Età al primo uso = 21 anni e più	2,4	1,7-3,4
Sesso = Femmina	1,2	0,7-1,9
Titolo di studio = Oltre l'obbligo	1,1	0,7-1,6
Occupazione = Lavora	1	0,7-1,5
Condizione abitativa = Altro	0,7	0,5-0,9

effetto della variabile "Periodo di primo uso della sostanza" sul TL		
	Hazard Ratio	IC
Periodo primo uso = 1986-1991	2,1	1,4-3,2
1991-1993	3,1	1,6-5,6
dopo 1993	6,4	4,2-10,8
Sesso = Femmina	1,1	0,7-1,8
Titolo di studio = Oltre l'obbligo	0,9	0,6-1,3
Occupazione = Lavora	1	0,7-1,4
Condizione abitativa = Altro	0,7	0,6-0,9

Nella colonna "hazard ratio" (rapporto dei rischi) è riportato il rapporto tra il "rischio" (quindi la probabilità) di entrare in trattamento più o meno precocemente che ha la categoria indicata nella prima colonna, rispetto ad un'altra scelta come riferimento: valori maggiori dell'unità identificano un eccesso di rischio rispetto alla categoria di riferimento e viceversa. Nell'ultima colonna, inoltre, sono riportati gli intervalli di confidenza degli "hazard ratio": se l'intervallo non comprende l'1, l'associazione rilevata è da considerarsi statisticamente significativa.

Per coloro che hanno iniziato a far uso della sostanza ad un'età che va oltre i 21 anni ("21 anni e più") la probabilità di richiedere prima un trattamento per problematiche legate all'uso di oppiacei arriva più che a raddoppiarsi (rapporto dei rischi pari a 2,4 in Tabella 4.14) rispetto al gruppo di riferimento ("prima dei 21 anni"); ciò sta ad indicare che chi inizia a far uso di eroina più avanti negli anni tende anche ad impiegare meno tempo per effettuare una richiesta di primo trattamento ai servizi.

I tempi di latenza variano anche in base al periodo di primo uso della sostanza; considerata quale categoria di riferimento i pazienti che hanno iniziato a far uso "prima del 1986", si evidenzia un decisivo incremento della probabilità di entrare più precocemente in trattamento man mano che ci si avvicina a periodi più recenti. Chi ha iniziato a far uso di eroina dopo il 1993 ha una probabilità di entrare prima in trattamento che è oltre 6 volte rispetto alla categoria di riferimento.

I risultati ottenuti con il metodo di Cox evidenziano l'evidente effetto sul periodo di latenza anche della condizione abitativa; chi vive con i genitori ha maggiore probabilità di entrare prima in trattamento rispetto agli altri. Effetti statisticamente significativi non si evidenziano invece per le altre variabili inserite nel modello.

L'esigua numerosità del gruppo di pazienti, consumatori di cocaina, considerati ai fini della presente analisi, non ha consentito l'applicazione del modello di Cox.

4.7 MAPPATURA TERRITORIALE DELL'UTENZA IN TRATTAMENTO

L'analisi della distribuzione spaziale dell'utenza utilizzatrice di sostanze si aggiunge alle metodologie di studio del fenomeno delle tossicodipendenze quale strumento di tipo descrittivo che può essere di notevole importanza sia per individuare eventuali aree particolarmente "esposte" sia per riflettere sull'organizzazione delle strutture e della prevenzione.

4.7.1 La metodologia utilizzata

Come l'analisi condotta per l'anno 2005 la popolazione di interesse è data dagli utenti residenti sul territorio della ASL MI2 in carico presso i servizi territoriali della stessa che, grazie alle informazioni rese disponibili dalle stesse strutture, sono stati ricollocati sul territorio provinciale in base al comune di residenza in modo da poter ottenere, per ogni comune, la prevalenza osservata di utenza.

Accanto ai valori osservati, standardizzati per eliminare l'effetto dell'età, sono stati mappati i valori di prevalenza stimati attraverso un opportuno modello che permette di scomporre la variabilità (elevata in un fenomeno raro come quello in esame) in una componente dovuta a variabili ecologiche, e in altre due componenti (eterogeneità e clustering) che tengono in conto della struttura spaziale del fenomeno. In questo modo il valore di stima ottenuto risulta "aggiustato" sia in base all'effetto di possibili covariate ecologiche, sia in base all'andamento del fenomeno nelle aree adiacenti.

4.7.2 I soggetti

Rispetto all'anno precedente, l'analisi della distribuzione spaziale dell'utenza è stata estesa anche ai soggetti alcolodipendenti in carico presso i Nuclei Operativi Alcolologia e, tra gli utilizzatori di sostanze illegali, è stata introdotta un'ulteriore analisi per il sottoinsieme degli utenti in carico presso il SerT di Gorgonzola in seguito alla misura di tipo amministrativo successiva alla segnalazione da parte delle forze dell'ordine alle prefetture. Per quest'ultima tipologia di utenti l'analisi è stata effettuata senza distinguere gli utenti per sostanza di segnalazione proprio perché vuol essere un approfondimento per collocare nello spazio questa particolare tipologia di utenza ed evidenziare eventuali differenze o somiglianze con la distribuzione dei soggetti utilizzatori delle diverse tipologie di sostanze.

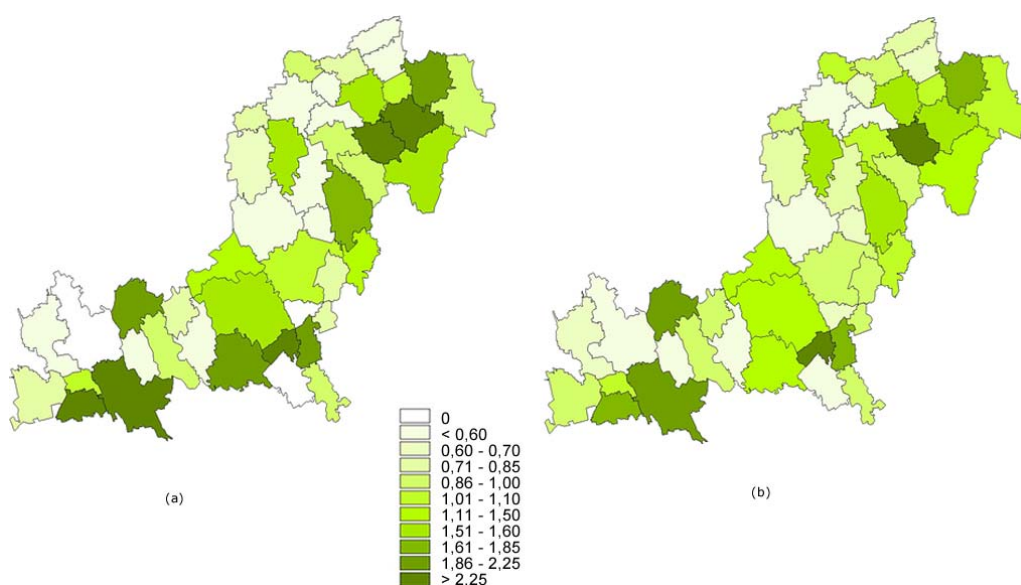
In accordo con gli standard europei, per gli utilizzatori di sostanze illegali, nell'analisi sono stati inclusi solo i soggetti di età compresa tra i 15 e i 64 anni, mentre per gli alcolodipendenti sono stati considerati gli utenti di età compresa tra i 15 e i 74 anni.

Data la distribuzione per età dei soggetti segnalati, i valori di prevalenza per questo gruppo di utenti sono stati calcolati considerando come denominatore la popolazione residente di età compresa tra i 15 e i 34 anni. Per quanto riguarda l'analisi dell'utenza in base alla tipologia di sostanze illegali consumate, queste sono state raggruppate in tre diverse tipologie: oppiacei (eroina, morfina, metadone e altri oppiacei), stimolanti (cocaina, crack, amfetamine, ecstasy e altri stimolanti) e cannabinoidi.

4.7.3 I consumatori di oppiacei

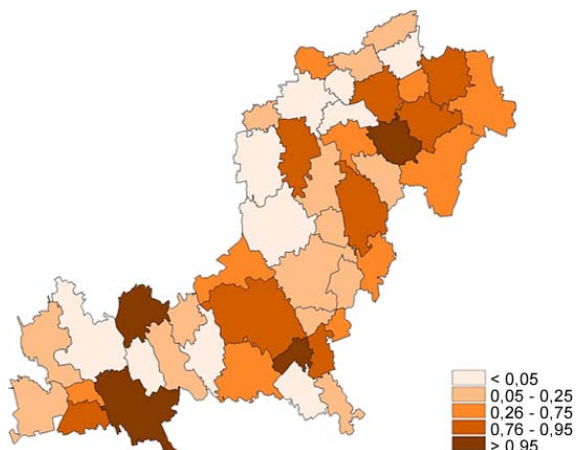
I Grafici 4.31° e b riportano le mappature relative rispettivamente alle prevalenze osservate e stimate per i 508 soggetti residenti utilizzatori di oppiacei.

Grafico 4.31. Utilizzatori di oppiacei, mappatura delle prevalenze standardizzate osservate (a) e stimate (b) a livello comunale per mille residenti di età 15-64. Anno 2006.



Per l'interpretazione del fenomeno risulta fondamentale la lettura della mappa che riporta le probabilità a posteriori. La probabilità a posteriori permette di confrontare il valore della prevalenza stimata per un'area con un valore di riferimento, in questo caso il valore medio della ASL. Valori di probabilità maggiori di 0,95 (minori di 0,05) indicano che la prevalenza stimata per l'area in esame è significativamente maggiore (minore) del valore di riferimento, valori di probabilità a posteriori compresi tra 0,75 e 0,95 (0,05 e 0,25) suggeriscono che in quell'area la prevalenza stimata è tendenzialmente superiore (inferiore) al valore di riferimento, niente invece si può dire per quelle aree che riportano un valore di probabilità a posteriori compreso tra 0,25 e 0,75.

Grafico 4.32. Utilizzatori di oppiacei, mappatura delle probabilità a posteriori. Anno 2006.



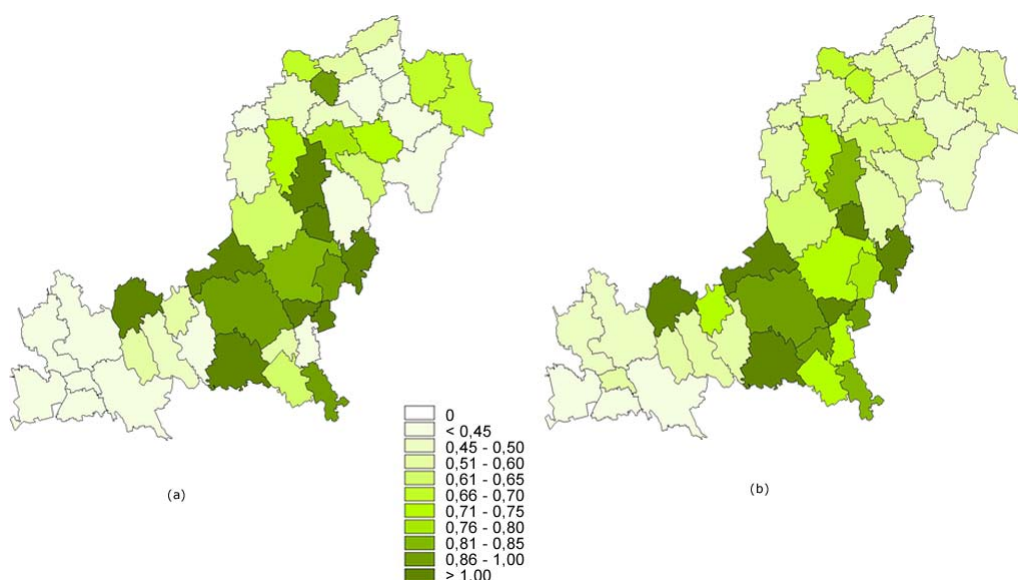
La mappa delle probabilità a posteriori per gli utilizzatori di oppiacei evidenzia 4 comuni per i quali la prevalenza stimata risulta significativamente maggiore del valore medio dell' ASL e altri 8 comuni per i quali la prevalenza stimata è tendenzialmente maggiore del valore di riferimento. Mentre i comuni che riportano una prevalenza stimata significativamente maggiore del valore medio della ASL, ad eccezione di Melzo, si concentrano essenzialmente nella parte meridionale del territorio; la maggior parte dei comuni con valori di prevalenza tendenzialmente superiori al valore di riferimento sono sparsi su tutta la fascia settentrionale del territorio della ASL.

La distribuzione spaziale dell'utenza utilizzatrice di oppiacei si mostra sostanzialmente analoga a quella emersa per l'anno 2005; solo alcuni comuni (San Giuliano Milanese e Vizzolo Predibassi) della parte centrale del territorio che per l'anno in esame riportano un valore di prevalenza stimata tendenzialmente o significativamente superiore al valore medio della ASL, nell'anno precedente non mostravano differenze (significative o tendenziali) rispetto alla media.

4.7.4 I consumatori di stimolanti

Nel 2006 i consumatori di stimolanti trattati e residenti nel territorio della ASL MI2 sono stati 302. La mappatura delle prevalenze stimate relative agli utilizzatori di stimolanti sembra suggerire una concentrazione dell'utenza nei comuni della parte centrale del territorio.

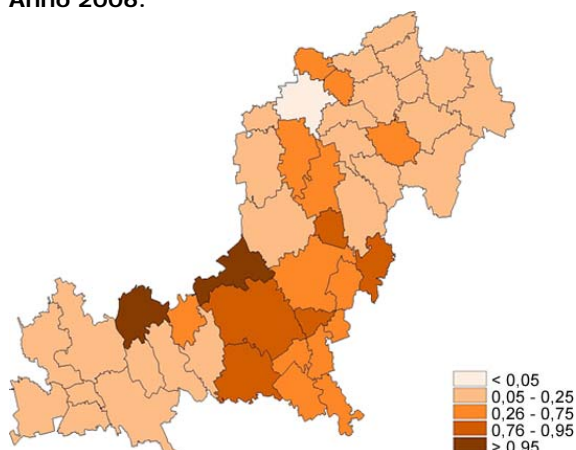
Grafico 4.33 Utilizzatori di stimolanti, mappatura delle prevalenze standardizzate osservate (a) e stimate (b) a livello comunale per mille residenti di età 15-64. Anno 2006.



La mappa che riporta le probabilità a posteriori relative agli utilizzatori di stimolanti conferma quanto già dedotto dalla mappa delle prevalenze stimate rispetto alla concentrazione dell'utenza utilizzatrice di sostanze nella parte centrale del territorio della ASL e, dato l'elevato numero di comuni che riportano valori di prevalenza (il 54% dei comuni) tendenzialmente inferiori o non diversi (il 28% dei comuni) dalla media della ASL, indica inoltre che il fenomeno risulta circoscritto a pochi comuni. 2 comuni, Rozzano e San Donato Milanese, presentano un valore di prevalenza stimata superiore al valore medio della ASL, a questi si aggiungono altri 5 comuni per i quali la prevalenza stimata risulta tendenzialmente superiore rispetto al valore di riferimento (San Giuliano Milanese, Colturano, Carpiano, Paullo e Pantigliate).

L'unico comune per il quale la probabilità a posteriori indica una prevalenza stimata significativamente inferiore al valore di riferimento è Cernusco sul Naviglio, mentre i comuni con prevalenza stimata tendenzialmente inferiore al valore di riferimento della ASL si concentrano in due zone: a ridosso dell'area formata da quei comuni con prevalenza stimata inferiore al valore di riferimento, e nella parte settentrionale tra Truccazzano e Cernusco sul Naviglio.

Grafico 4.34. Utilizzatori di stimolanti, mappatura delle probabilità a posteriori. Anno 2006.

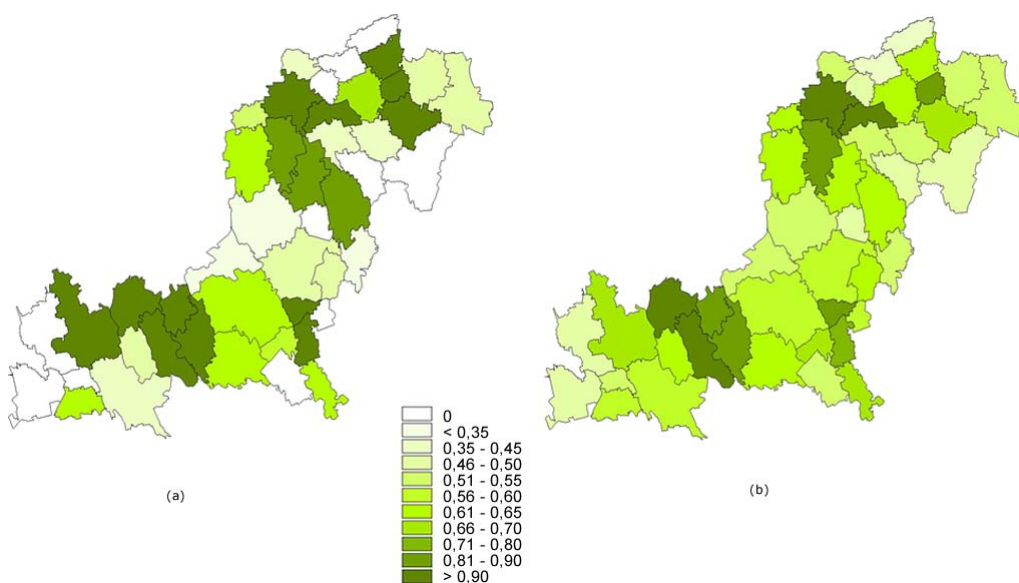


Rispetto all'anno 2005 non si rilevano differenze sostanziali nella distribuzione dell'utenza sul territorio; per entrambi gli anni, i comuni con valori di prevalenza elevati rispetto alla media della ASL si mostrano circoscritti alla fascia centrale tra i comuni di Rozzano e Paullo.

4.7.5 I consumatori di cannabinoidi

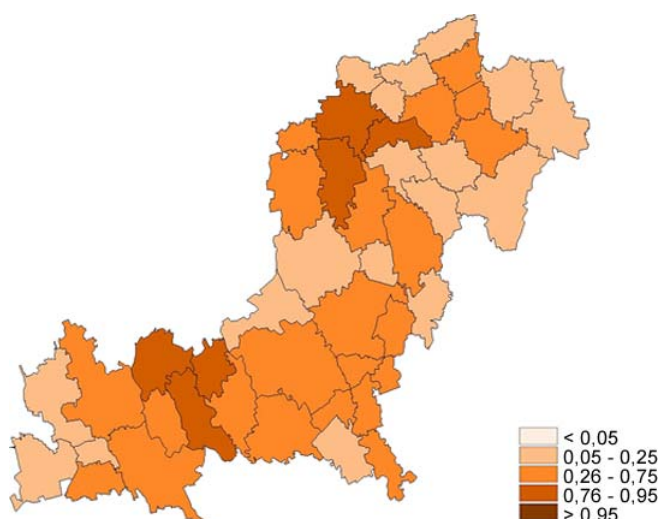
Nel Grafico 4.35 sono riportate le mappe relative ai 196 soggetti utilizzatori di cannabinoidi trattati e residenti nel territorio della ASL. Il confronto della mappa che riporta le prevalenze osservate (a) con quella relativa alle prevalenze stimate (b) evidenzia il lisciamento dei valori di prevalenza ottenuto con la stima.

Grafico 4.35. Utilizzatori di cannabis, mappatura delle prevalenze standardizzate osservate (a) e stimate (b) a livello comunale per mille residenti di età 15-64. Anno 2006.



Dalla mappa che riporta le probabilità a posteriori relative agli utilizzatori di cannabinoidi emerge chiaramente che quasi la metà dei comuni che ricoprono il territorio della ASL riportano un valore di prevalenza stimata che non si discosta in maniera significativa o tendenziale dal valore di riferimento e per il 39% dei comuni la prevalenza stimata risulta tendenzialmente inferiore al valore medio. Sono 6 (il 13% dei comuni del territorio) i comuni che presentano una prevalenza stimata tendenzialmente superiore del valore di riferimento e nessun comune riporta una prevalenza stimata significativamente diversa dal valore medio della ASL.

Grafico 4.36. Utilizzatori di cannabinoidi, mappatura delle probabilità a posteriori. Anno 2006.



Confrontando l'analisi della distribuzione spaziale dell'utenza utilizzatrice di cannabinoidi per l'anno 2006 con la stessa analisi effettuata per l'anno 2005, si può osservare una maggior differenziazione dell'utenza utilizzatrice di cannabinoidi sul territorio della ASL testimoniato dalla diminuzione del numero dei comuni con valori di probabilità a posteriori compresi tra 0,25 e 0,75 e dall'aumento sia dei comuni con valori di prevalenza stimata tendenzialmente minore del valore di riferimento (da 13 a 22 comuni) sia dei comuni per i quali la prevalenza stimata risulta tendenzialmente maggiore del valore medio (da 2 a 6 comuni). La maggiore diversificazione della distribuzione dell'utenza sul territorio è accompagnata anche da una differente collocazione della stessa nei comuni della ASL. Per quanto riguarda le aree in cui risulta maggiormente elevata la prevalenza di utilizzatori nell'anno in esame emergono due cluster formati dai comuni con prevalenza stimata tendenzialmente superiore al valore di riferimento: uno facente capo ai comuni di Rozzano, Pieve Emanuele (che anche nel 2005 riportavano una prevalenza stimata tendenzialmente o significativamente superiore al valore medio) e Opera; l'altro nella parte settentrionale del territorio a confine con l'ASL di Milano 3 formato dai comuni di Cernusco sul Naviglio, Pioltello e Cassina de' Pecchi, che nel 2005 riportavano tutti un valore di prevalenza stimata non

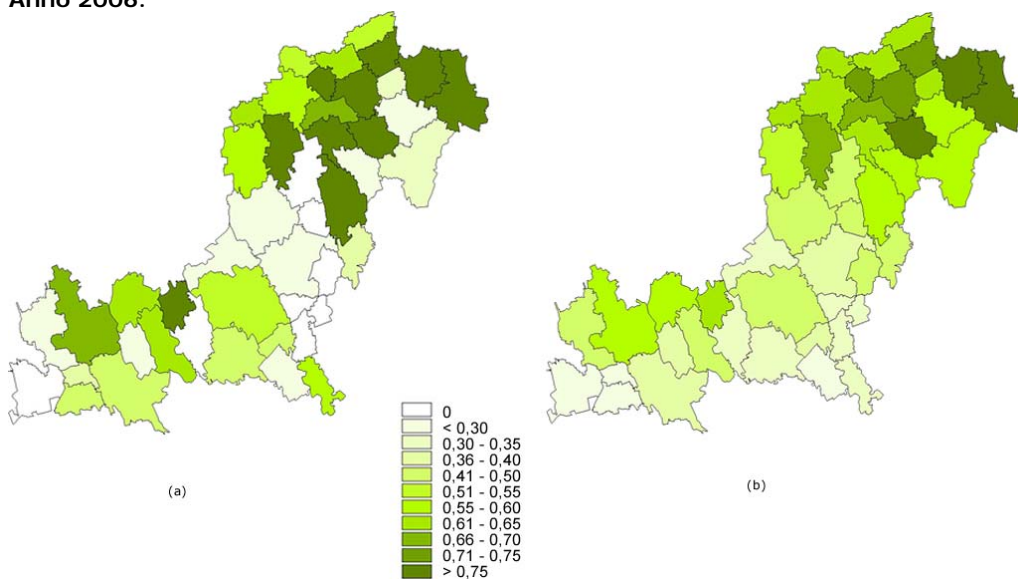
differente dal valore medio territoriale. I comuni con prevalenza stimata tendenzialmente minore del valore di riferimento che nel 2005 si concentravano nella parte centrale del territorio attorno a San Giuliano Milanese (l'unico comune che presentava una prevalenza stimata significativamente inferiore al valore medio della ASL), nel 2006 sono sparsi su tutto il territorio della ASL.

4.7.6 Gli alcol dipendenti

Prima di mostrare i risultati dell'analisi relativa ai 237 soggetti residenti in carico presso i Nuclei Operativi Alcolologia della ASL MI2 è importante sottolineare che nel caso dell'utenza alcol dipendente la distribuzione spaziale dei soggetti può risultare influenzata dalla presenza sul territorio di altre strutture preposte al trattamento di questa tipologia di utenti.

Nel Grafico 4.37 sono riportate le mappe relative alle prevalenze osservate e stimate per l'utenza alcol dipendente.

Grafico 4.37. Utenza alcol dipendente, mappatura delle prevalenze standardizzate osservate (a) e stimate (b) a livello comunale per mille residenti di età 15-74. Anno 2006.



La mappa delle prevalenze stimate mostra il lisciamento dei valori ottenuto con la stima e sembra suggerire una concentrazione dei comuni con valori elevati di prevalenza nella parte settentrionale del territorio della ASL, nei due distretti facenti capo a Melzo e a Cernusco sul Naviglio.

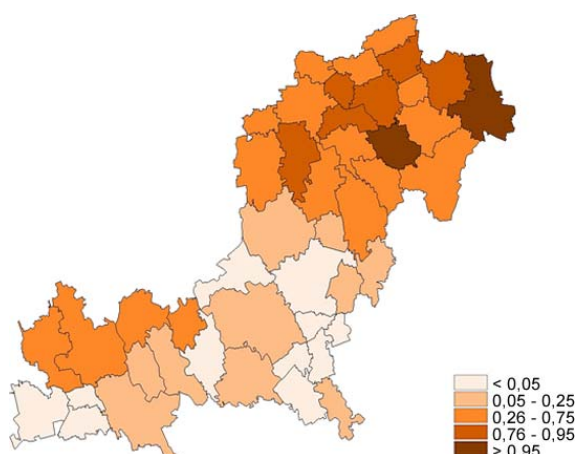
La mappa delle probabilità a posteriori, che permette di confrontare per ogni comune la prevalenza stimata con un valore soglia (anche in questo caso il valore medio della ASL), evidenzia 2 comuni con valori di prevalenza stimata significativamente maggiori rispetto al valore di riferimento, Cassano d'Adda e Melzo.

Attorno a questi due comuni si concentra anche la maggior parte dei comuni per i quali la probabilità a posteriori indica una prevalenza stimata tendenzialmente maggiore del valore medio.

11 comuni riportano invece una probabilità a posteriori indicativa di una prevalenza stimata significativamente minore del valore medio della ASL, a questi si aggiungono altri 10 comuni per i quali la prevalenza stimata risulta tendenzialmente minore.

Questi comuni (il 46% dei comuni) si collocano nella parte centrale e meridionale del territorio.

Grafico 4.38. Utenza alcoldipendente, mappatura delle probabilità a posteriori. Anno 2006.



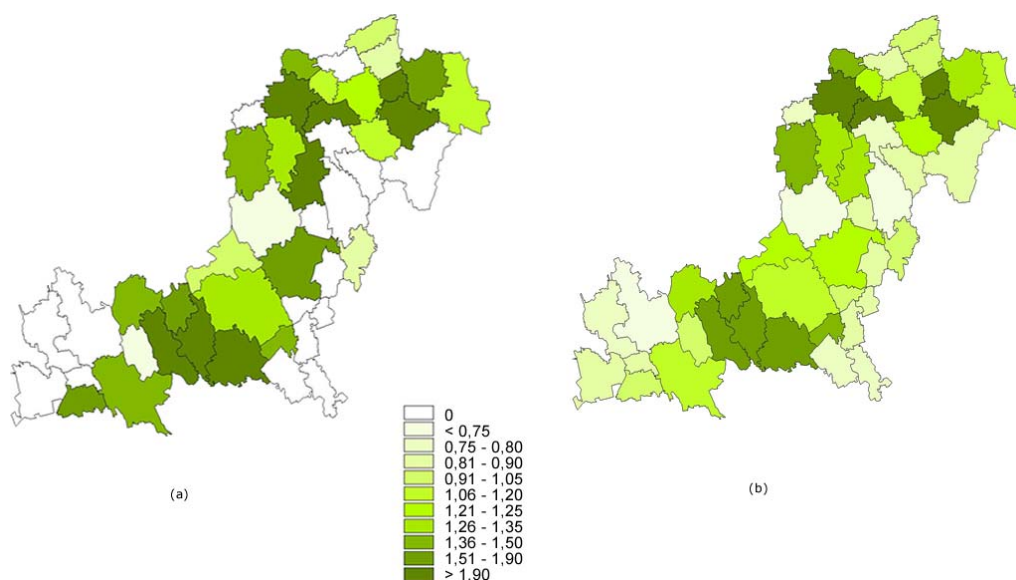
I comuni con prevalenza stimata non significativamente o tendenzialmente diversa dal valore di riferimento sono 17 (il 37% dei comuni) e si raggruppano in due zone. La maggior parte di questi si concentra nella parte settentrionale del territorio attorno ai comuni con prevalenza significativamente o tendenzialmente maggiore del valore medio; un altro gruppo di comuni che riportano prevalenza stimata non significativamente o tendenzialmente diversa dal valore di riferimento si colloca invece nella parte meridionale del territorio tra Opera e Noviglio.

4.7.7 I soggetti segnalati

Nel Grafico 4.39 sono riportate le mappe delle prevalenze osservate e stimate relative ai 144 soggetti segnalati dalle prefetture in carico presso il SerT di Gorgonzola.

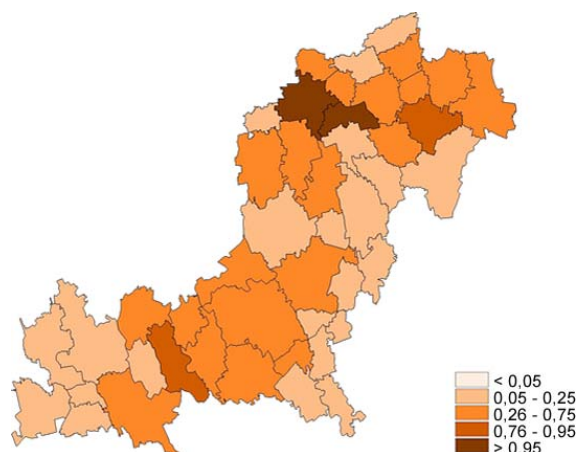
La mappa rappresentante le prevalenze osservate evidenzia che in buona parte del territorio (poco meno del 40% dei comuni della ASL) non si sono rilevati soggetti segnalati dalle prefetture in carico presso il servizio; come si vede in Grafico 4.39 i valori stimati, nello smussare i valori osservati, permettono di ottenere una visione più chiara della distribuzione spaziale del fenomeno.

Grafico 4.39. Utenza segnalata dalle prefetture, mappatura delle prevalenze standardizzate osservate (a) e stimate (b) a livello comunale per mille residenti di età 15-34. Anno 2006.



La mappa dei valori stimati suggerisce una concentrazione dei comuni con elevati valori di prevalenza in due zone: nella parte meridionale del territorio della ASL, attorno al comune di Pieve Emanuele e nella parte settentrionale nella zona dei distretti facenti capo a Melzo e Cernusco.

Grafico 4.40. Utenza segnalata dalle prefetture, mappatura delle probabilità a posteriori. Anno 2006.



La mappa che riporta i valori delle probabilità a posteriori evidenzia che due comuni presentano un valore di prevalenza stimata significativamente superiore al valore di confronto (Cernusco sul Naviglio e Cassina de' Pecchi) a questi si aggiungono Pozzuolo Martesana e Pieve Emanuele (l'unico comune situato nella parte meridionale del territorio) per i quali il valore di probabilità a posteriori indica una prevalenza stimata tendenzialmente superiore rispetto al valore medio della ASL.

Il 48% dei comuni del territorio riportano invece una prevalenza stimata tendenzialmente inferiore rispetto al valore di riferimento, mentre per nessun comune la prevalenza stimata risulta significativamente inferiore alla media della ASL.

Per 20 comuni (43%) non si rilevano differenze rispetto al valore di riferimento.

Conclusioni

L'analisi condotta evidenzia una diversa distribuzione dell'utenza utilizzatrice in relazione alla diversa tipologia di sostanza considerata, inoltre, ad eccezione dell'utenza utilizzatrice di oppiacei che risulta sparsa in diverse aree del territorio della ASL, per quanto riguarda gli utilizzatori di stimolanti e cannabinoidi l'analisi condotta evidenzia un fenomeno fortemente concentrato in pochi comuni.

Se l'utenza utilizzatrice di stimolanti risulta concentrata nella fascia centrale del territorio della ASL, gli utilizzatori di cannabinoidi si concentrano in due diverse zone: nella parte inferiore del territorio attorno a Rozzano e a ridosso di Cernusco sul Naviglio.

Rispetto all'utenza alcol dipendente, il territorio della ASL MI2 risulta sostanzialmente diviso in quattro parti; una fascia settentrionale (tra i comuni di Pioltello e Cassano d'Adda) con comuni a prevalenza elevata (rispetto al valore medio della ASL) di alcol dipendenti, la parte centrale e meridionale dove si concentrano i comuni con prevalenza stimata minore rispetto al valore di riferimento e due gruppi di comuni, uno nella parte meridionale a confine con la ASL MI1 e l'altro nella parte settentrionale del territorio, per i quali la prevalenza di utenza alcol dipendente risulta in linea col valore medio.

L'immagine della distribuzione spaziale degli utenti segnalati in carico presso i servizi è quella di un'utenza che risulta preponderante, rispetto alla popolazione residente, in pochi comuni collocati essenzialmente nella parte settentrionale del territorio, mentre su tutto il resto del territorio i comuni mostrano una prevalenza in linea con il valore medio della ASL. Rispetto a tutti gli utilizzatori di sostanze in carico nei SerT, i soggetti segnalati, che nella maggior parte dei casi hanno cannabinoidi come sostanza di segnalazione, mostrano una distribuzione spaziale molto simile a quella individuata per gli utilizzatori di cannabis.

5. TRATTAMENTI ED INTERVENTI

5.1 Rete dei servizi pubblici e del privato sociale

- 5.1.1 La rete dei Servizi Pubblici
- 5.1.2 La rete delle strutture del privato sociale accreditate
- 5.1.3 Soggetti inseriti da parte del SerT ASL MI2 nelle strutture del privato sociale
- 5.1.4 Inserimenti nelle strutture comunitarie
- 5.1.5 I costi

5.2 Trattamenti diagnostico/terapeutico/riabilitativi farmacologicamente assistiti e non farmacologicamente assistiti

- 5.2.1 Servizi Territoriali: Gorgonzola, Rozzano, Vizzolo
- 5.2.2 Carcere di Opera

5.3 Interventi di riduzione del danno e limitazione dei rischi

- 5.3.1 L'esperienza del Centro Educativo Polivalente di Gorgonzola
- 5.3.2 Analisi dell'alcolemia. Periodo 2004-2006
- 5.3.3 Consumi di sostanze stupefacenti durante la serata
- 5.3.4 Guida e consumi (alcol e sostanze)
- 5.3.5 Categorie di rischio
- 5.3.6 Allegato-II Progetto CEP

5. TRATTAMENTI ED INTERVENTI

5.1 RETE DEI SERVIZI PUBBLICI E DEL PRIVATO SOCIALE

5.1.1. La rete dei Servizi Pubblici

L'offerta di servizi ed attività nel territorio dell'ASL MI2 è particolarmente ricca: si contano infatti 155 servizi distribuiti abbastanza omogeneamente nelle 3 aree ex-ambiti territoriali: 61 a Gorgonzola, 56 a Melegnano, 38 a Rozzano.

Quasi tutti i 46 comuni di cui si compone il territorio dell'ASL vedono la presenza di un servizio o di un'attività di contrasto della domanda di droga; certamente tutti i comuni più grandi.

I servizi e le attività sono gestiti da enti istituzionali come i comuni, l'ASL, gli istituti scolastici, da enti ausiliari iscritti all'apposito Albo della regione Lombardia, da cooperative sociali e da gruppi di auto-aiuto, e in essi vi lavorano centinaia di operatori, per la stragrande maggioranza professionali, sia con contratto di lavoro stabili che a termine.

L'offerta dei Servizi Pubblici per le dipendenze si esprime nel Dipartimento TF delle Dipendenze e nel servizio Territoriale delle Dipendenze che a sua volta si articola in due UO Territoriali: Tossicodipendenze ed Alcolodipendenze; della prima fanno parte di sono le UO SerT di Gorgonzola, Vizzolo Predabissi, Rozzano e Carcere di Opera, mentre della seconda fanno parte le due sedi alcolologiche di Gorgonzola e Pieve Emanuele.

Per offerte del servizio abbiamo inteso quelle attività che hanno caratteristica di continuità; ciò non toglie che i servizi possano rispondere anche ad esigenze più mirate; in questo caso però sono offerte di servizi "extra" rispetto all'organizzazione quotidiana.

5.1.2 La rete delle Strutture del privato sociale accreditate: disponibilità, occupazione e rette

Gli Enti Gestori presenti sul territorio della ASL MI2 con strutture in grado di accogliere soggetti con disturbo da dipendenza da sostanze sono tre:

- Centri Accoglienza PLOCRS
- Cooperativa Sette
- Cooperativa Promozione Umana.

Complessivamente questi Enti Gestori gestiscono 6 Unità d'offerta, secondo la seguente articolazione:

- Centri Accoglienza PLOCRS
 - o Comunità "Cascina Mazzucchelli"
 - o Comunità "Cavaione"
- Cooperativa Sette
 - o Comunità "Il Molino"
- Cooperativa Promozione Umana
 - o Comunità "Madonna della strada"
 - o Comunità "Madonna della saggezza"
 - o Comunità "Madonna del cammino"

Queste strutture sono accreditate per complessivi 100 posti letto. Nella Tabella 5.1 è riportata la distribuzione dei posti letto accreditati per singola struttura; la percentuale di saturazione dei posti letto varia dal valore minimo di 74% della Comunità "Cavaione" al valore massimo di 100% della Comunità "Madonna del cammino".

Tabella 5.1. Distribuzione posti accreditati per struttura.

Struttura	Posti accreditati	Percentuale di saturazione (%)	Posti letto equivalenti**
"Cascina Mazzucchelli" TRR	30	86	25/30
dall'1 dicembre 2006	20		
"Cascina Mazzucchelli" SPR 3 dall'1 dicembre 2006	10	79	8/10
"Cavaione" TRR	19	74	14/19
"Il Molino" TRR	18	81	15/18
"Madonna della strada" TRR	5	95	4.8/5
"Madonna della saggezza" TRR	10	97	9.7/10
"Madonna del cammino" TRR	18	100	18/18
Totale	100	86.9	86.9/100

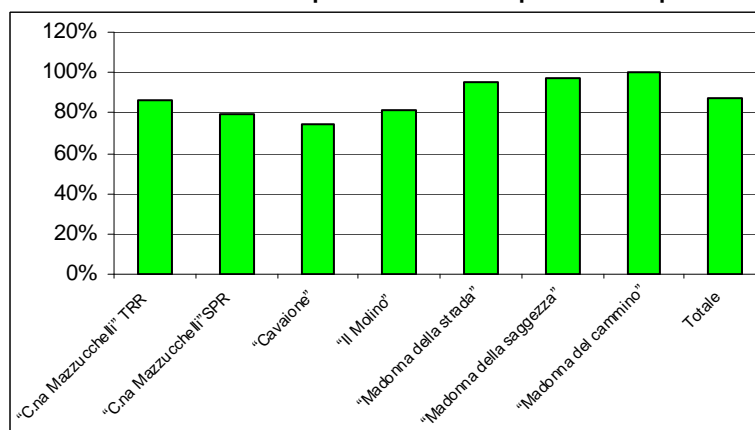
** = equivalenti a n° posti letto occupati per 365 gg/anno

* Si ringraziano la sig.ra Marina Barbiera ed il sig. Paolo Schembri della Direzione del Dipartimento TF delle Dipendenze per la preziosa collaborazione.

Dei 100 posti accreditati, 90 sono di tipo terapeutico riabilitativo, con una retta prevista di 44 €/die per soggetto, come da tabelle regionali riportate nella DGR sull'accREDITAMENTO delle strutture degli enti ausiliari in Lombardia.

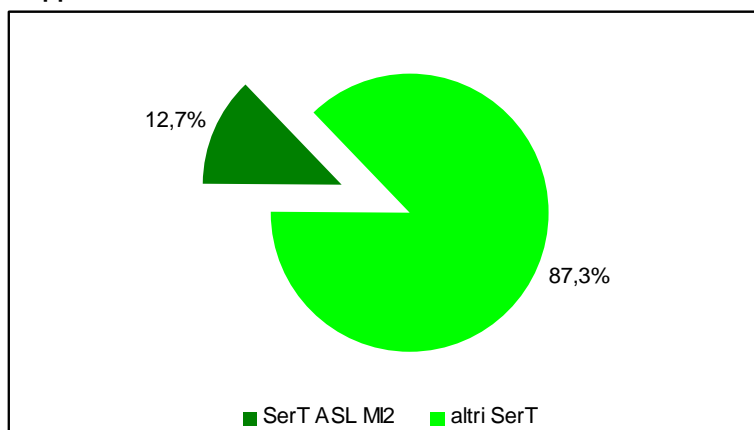
Dall'1 dicembre 2006, 10 posti (dei 30) della "Cascina Mazzucchelli" sono accreditati come "Specialistica Residenziale – alcol e polidipendenti", con una retta prevista di 55 €/die per soggetto, come da Tabelle citate.

Grafico 5.1. Distribuzione percentuale di copertura dei posti in comunità.



Dei soggetti inseriti, solo il 12,7% provengono dal SerT dell'ASL MI2, mentre i restanti provengono da Servizi ubicati in altre ASL della Lombardia, o fuori regione.

Grafico 5.2. Distribuzione percentuale provenienza soggetti per SerT d'appartenenza.



L'offerta delle comunità del territorio è per il 2006 quasi esclusivamente di tipo terapeutico riabilitativo (i 10 posti accreditati per la specialistica residenziale alcol e polidipendenti sono disponibili solo dal 1 dicembre 2006), mancano moduli specialistici per le situazioni ad alta problematicità, quali ad esempio la doppia diagnosi.

La quasi unicità di tipologia delle comunità del territorio non giustifica, però, la bassa percentuale (12,9%) di utilizzo da parte di utenti del SerT ASL MI2, poiché il 70% dei nostri inserimenti avviene di fatto in strutture appartenenti al modulo terapeutico-riabilitativo, come illustrato più avanti.

È evidente la necessità di implementare a livello di Dipartimento la programmazione tra servizio pubblico, Enti Gestori e le altre agenzie del territorio operanti in questa area di intervento.

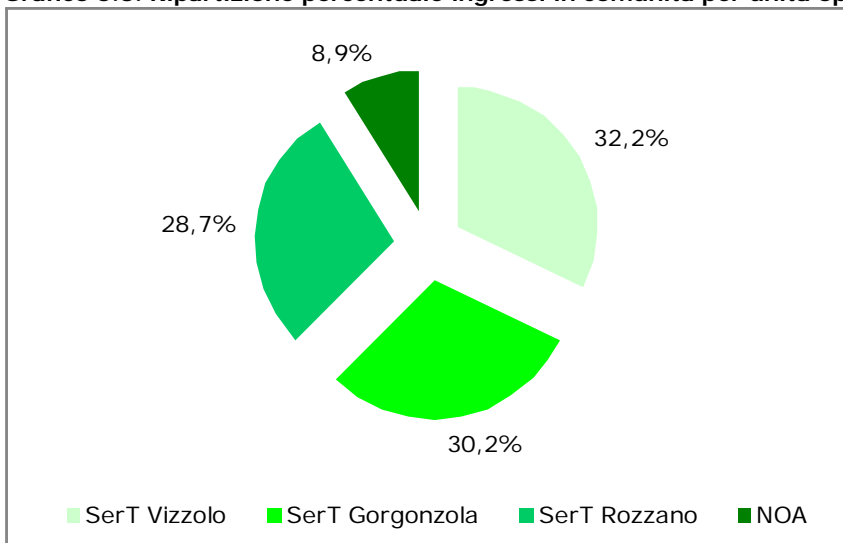
Una maggiore interazione tra unità d'offerta già presenti nel territorio rappresenta, per certo, uno degli obiettivi; quello principale, tuttavia, deve essere la capacità di progettare congiuntamente un sistema di servizi articolato e modulato sulla specificità dei bisogni, in grado di monitorare e misurare il cambiamento della domanda di "trattamento" e, di conseguenza, capace di "ri-programmarsi" quale unità d'offerta.

La specificità dei diversi enti del pubblico e del privato, sociale e no, garantisce un'operatività complementare e non concorrenziale, potenzialmente capace di risultati altrimenti non raggiungibili.

5.1.3 Soggetti inseriti da parte del SerT ASL MI 2 nelle strutture del privato sociale

Il Grafico seguente rappresenta la ripartizione percentuale, per Unità Operativa, del numero complessivo degli ingressi in comunità: la percentuale si attesta sul valore del 30% circa, con uno scostamento di +/- 2% per quanto riguarda le UO SerT; significativamente inferiore il valore percentuale dell'UO NOA, dovuto in parte alla diversità dei numeri assoluti riferiti all'utenza afferente ma, soprattutto, alla difficoltà nel reperire strutture con moduli specialistici.

Grafico 5.3. Ripartizione percentuale ingressi in comunità per unità operativa.

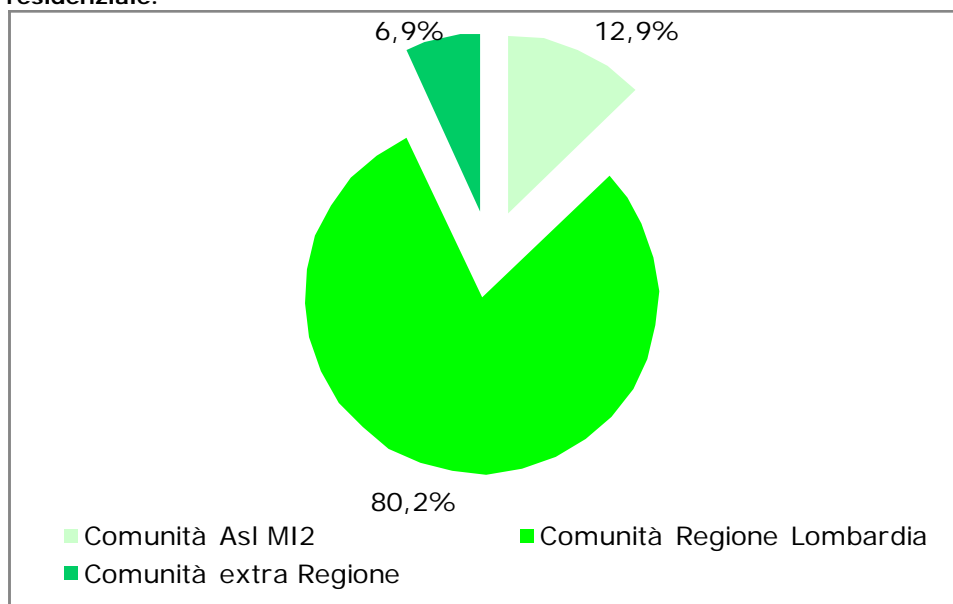


Il Grafico successivo (Grafico 5.4) evidenzia la ripartizione percentuale del totale degli ingressi per ubicazione della struttura residenziale.

Il dato conferma il numero contenuto degli ingressi nelle strutture residenziali del territorio e il ricorso, non esclusivo ma quasi, a strutture residenziali del resto della Regione.

Solo un esiguo numero di ingressi avviene in strutture residenziali fuori regione; come riportato nella tabella precedente (Tabella 5.2): all'1 gennaio 2006 erano 8 i soggetti inseriti in strutture fuori regione, nel corso dell'anno sono stati attivati 6 nuovi ingressi, equivalente, di fatto, a -25% rispetto al 2005.

Grafico 5.4. Ripartizione percentuale ingressi in comunità per ubicazione struttura residenziale.



Dalla Tabella 5.2 emerge come la maggior parte degli inserimenti viene effettuata al fine di trattamenti di tipo terapeutico-riabilitativi (69,8%). La quota giornaliera riportata è quella pagata dalla Regione Lombardia.

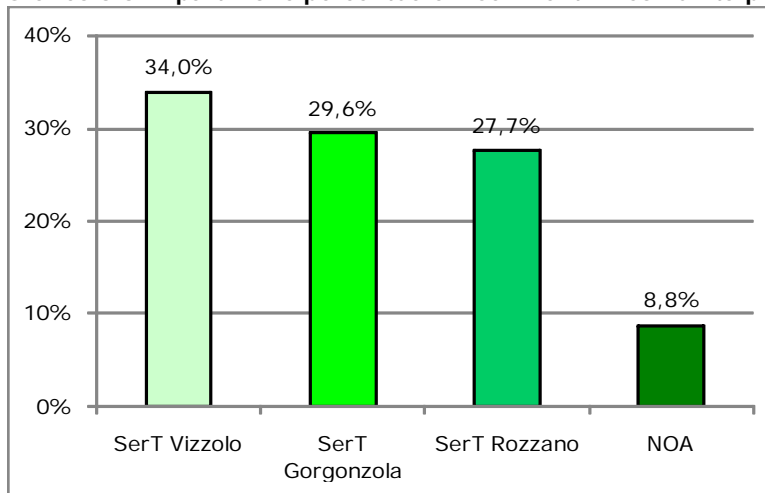
Tabella 5.2. Ripartizione numerica e percentuale degli inserimenti in comunità per tipologia e quota giornaliera.

Modulo specialistico	Quota giornaliera (€)	n° inserimenti nel 2006	Inserimenti (%)
Servizio di accoglienza residenziale	49	15	7,4
Servizio di accoglienza semiresidenziale	26	1	0,5
Specialistica-alcooldipendenza e polidipendenza	55	5	2,5
Specialistica-comorbidità psichiatrica	60	6	3,0
Specialistica-coppie figli nuclei	55	6	3,0
Tratt. pedagogico riabilitativo	37	22	10,9
Tratt. terapeutico riabilitativo	44	141	69,8
Tratt. terapeutico riabilitativo semiresidenziale	24	6	3,0
Totale		202	100

5.1.4 Inserimenti nelle strutture comunitarie

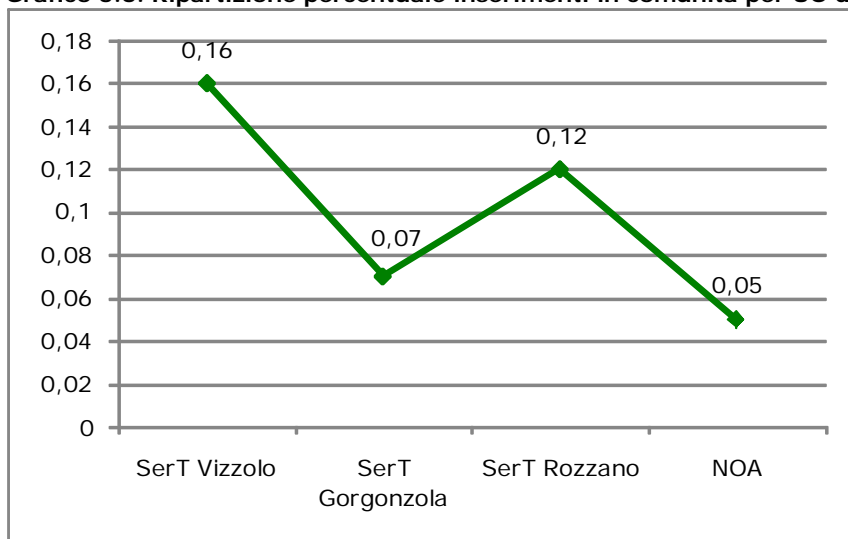
I 159 soggetti in carico al Servizio inseriti nelle strutture residenziali sono distribuiti per unità operativa di afferenza; come rappresentato nel Grafico 5.5 la maggior parte degli inserimenti proviene dai SerT, in particolare dal SerT di Vizzolo (34,0%). Decisamente inferiore il numero dei pazienti afferenti ai NOA.

Grafico 5.5. Ripartizione percentuale inserimenti in comunità per UO d'afferenza.



Rappresentando il rapporto tra i soggetti in trattamento residenziale ed i soggetti in carico per tutte le tipologie di trattamento, come illustrato nel Grafico 5.6, si nota che un soggetto in carico alla UO di Vizzolo o di Rozzano ha rispettivamente più del doppio o quasi il doppio di probabilità di essere avviato ad un trattamento residenziale rispetto ad un utente di Gorgonzola.

Grafico 5.6. Ripartizione percentuale inserimenti in comunità per UO d'afferenza.



5.1.5 I Costi

Nel 2006 la spesa per l'inserimento nelle comunità residenziali è stata di 1.152.497 € per un numero complessivo di 25.685 giornate di degenza.

Tabella 5.3. Ripartizione della spesa per gli inserimenti nelle strutture comunitarie (sul territorio della Asl MI2, in Regione Lombardia o fuori Regione) per UO d'afferenza.

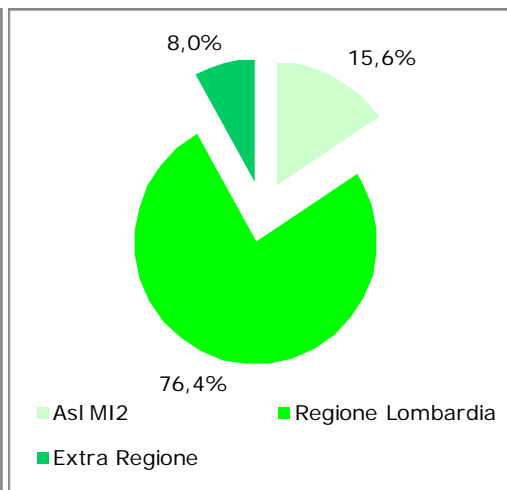
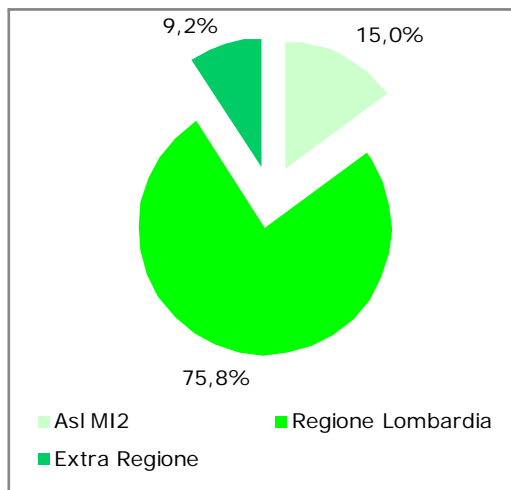
	comunità Asl MI2 (€)	comunità RL (€)	comunità extra RL (€)	TOTALE	
				(€)	%
SerT Gorgonzola	35.100,50	252.493,00	21.429,88	309.023	26,8
SerT Vizzolo	77.704,00	275.291,50	41.892,98	394.888	34,3
SerT Rozzano	59.964,00	246.413,50	5.270,46	311.648	27,0
NOA	550,00	99.245,00	37.142,55	136.938	11,9
Totale	173.318,50	873.443,00	105.735,87	1.152.497	100,0

Circa il 76% della spesa si riferisce alle strutture riabilitative lombarde fuori territorio ASL MI2, il 15% alle strutture riabilitative del territorio e il 9% a quelle fuori regione (Grafico 5.7a).

Una simile ripartizione percentuale si ritrova nella distribuzione dei giorni degenza/anno (Grafico 5.7b).

Grafico 5.7a, grafico a sinistra: Ripartizione percentuale della spesa annua per le strutture comunitarie;

Grafico 5.7b, grafico a destra: Ripartizione percentuale dei giorni di degenza/anno.



La permanenza media per utente è stata di 157 giorni, pari a circa 5 mesi e mezzo, il costo medio è stato di 44,8 € per giornata di degenza, pari ad un costo annuo di 7.248,41 € per soggetto (Tabella 5.4).

I valori contenuti nella tabella seguente attribuiscono gli inserimenti più lunghi alle strutture riabilitative situate sul territorio dell'ASL MI2, la cui retta media giornaliera risulta essere anche la più contenuta.

Tabella 5.4. Ripartizione dei soggetti inseriti nelle strutture comunitarie (sul territorio della ASL MI2, in Regione Lombardia o fuori Regione); media dei giorni di degenza, della retta e del costo.

	Comunità ASL MI2	Comunità RL	Comunità extra RL	Valore medio su totale
Soggetti inseriti	25	129	13	
Media gg di degenza anno/utente	160,6	152	158,4	157
Retta media/die (€)	43,2	44,5	51,4	44,87
Costo medio anno/soggetto (€)	6.932,74	6.770,88	8.133,53	7.248,34

Il miglior rapporto costo/beneficio di questi inserimenti dovrebbe far riflettere chi si occupa di *governance* e suggerire agli operatori clinici l'opportunità di inserimenti in strutture vicine, che permettono anche un miglior monitoraggio del trattamento residenziale e una più stretta collaborazione con le strutture coinvolte.

In effetti, da un punto di vista della programmazione territoriale, già da tempo il Comitato degli Accreditati del Dipartimento tf delle Dipendenze dell'ASL MI2 sta lavorando in questo senso, anche con l'organizzazione di convegni e incontri periodici che vedono la partecipazione di tutti gli operatori del pubblico e del privato.

Raggruppando i soggetti per durata di inserimento, circa il 43% dei trattamenti residenziali non supera i 100 gg/anno; seguono i trattamenti residenziali maggiori di 350 gg./anno.

Come noto, difatti, il momento critico dei trattamenti residenziali si situa nei pressi dell'inserimento iniziale, e diminuisce con il passare del tempo. Chi supera questa fase resa problematica dal brusco passaggio ad un diverso stile di vita, ha poi alte probabilità di completare il percorso trattamentale in tutta la sua durata.

5.2 TRATTAMENTI DIAGNOSTICO / TERAPEUTICO / RIABILITATIVI FARMACOLOGICAMENTE ASSISTITI E NON FARMACOLOGICAMENTE ASSISTITI

Data la diversa composizione dell'utenza in relazione all'uso di sostanze illegali, anche l'analisi dei trattamenti nei diversi servizi territoriali della ASL è stata effettuata mantenendo la distinzione tra il Carcere di Opera e gli altri servizi territoriali.

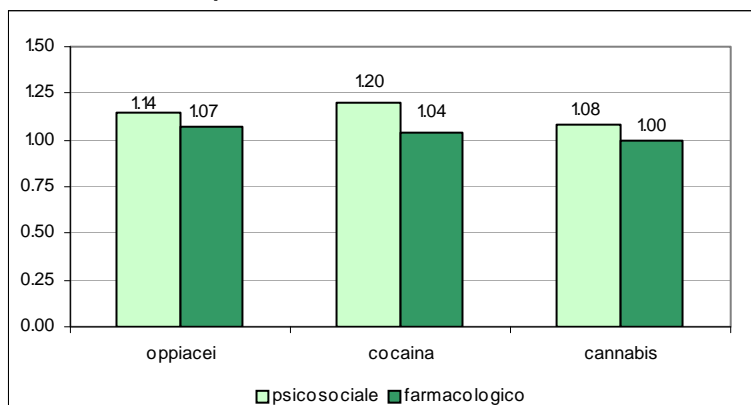
5.2.1 Servizi Territoriali: Gorgonzola, Rozzano, Vizzolo

Nel corso del 2006 la maggior parte degli utenti in trattamento presso i tre servizi territoriali della ASL MI2 è stata sottoposta ad un solo trattamento (78%), il 19% a 2 trattamenti e il restante 3% ha ricevuto da 3 a 6 trattamenti.

Con riferimento al totale dei trattamenti erogati, si rileva che mediamente ciascun utente ha ricevuto poco più di un trattamento (1,26); per quanto riguarda i trattamenti farmacologici si osserva una media di 1,36 trattamenti a persona, analogo è il dato relativo ai trattamenti psicosociali (1,41).

Distinguendo l'utenza in base alla sostanza d'abuso primaria (sono stati esclusi da questa analisi i poliabusatori per differenziare correttamente la situazione degli utilizzatori delle diverse tipologie di sostanze), emerge che sono gli utilizzatori di cocaina quelli che risultano avere ricevuto il maggior numero di trattamenti di tipo psicosociale (1,20 per utente), mentre relativamente ai trattamenti farmacologici, gli utilizzatori di oppiacei hanno ricevuto in media 1,07 trattamenti ciascuno contro 1,04 degli utilizzatori di cocaina e 1 per gli utilizzatori di cannabis.

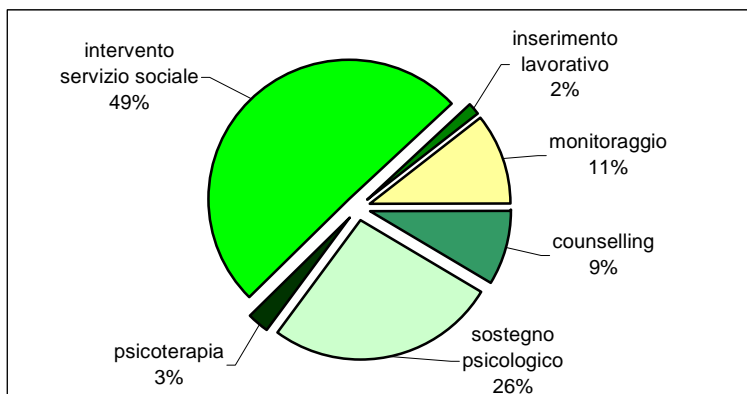
Grafico 5.8. Numero medio di trattamenti erogati a ciascun utente per tipo e sostanza d'abuso primaria. Anno 2006.



Elaborazione su dati Osservatorio Territoriale Droga e Tossicodipendenze-ASL MI2

Sempre con riferimento al totale dei trattamenti erogati, il 51% dei trattamenti è rappresentato da cure di tipo farmacologico e il 49% sono invece interventi psicosociali.

Grafico 5.9. Distribuzione percentuale dei trattamenti psicosociali erogati per tipo. Anno 2006.



Elaborazione su dati Osservatorio Territoriale Droga e Tossicodipendenze-ASL MI2

Esaminando nel dettaglio le tipologie di prestazioni erogate si osserva che la maggior parte dei trattamenti di tipo psicosociale erogati sono interventi del servizio sociale (50%), il 26% sono terapie di sostegno psicologico, l'11% monitoraggio, il 9% counselling e una piccola quota dei trattamenti psicosociali è rappresentata da interventi di psicoterapia (3%) e inserimento lavorativo (2%).

Va precisato che il monitoraggio racchiude una vasta tipologia di prestazioni, di tipo sanitario, psicologico e sociale, che vengono attivati al fine di monitorare la situazione clinica del paziente.

Se si analizzano le tipologie di trattamento cui sono stati sottoposti i diversi utilizzatori di sostanze non si rilevano differenze sostanziali: tra gli utilizzatori di cannabis si rileva una quota più alta di utenti che hanno ricevuto interventi del servizio sociale (57% contro il 54% degli oppiacei e il 51% dei cocainomani), mentre tra gli utilizzatori di oppiacei risulta una percentuale di soggetti sottoposti a monitoraggio pari al 14% contro il 7% degli utilizzatori di cocaina e il 5% degli utenti in carico per abuso di cannabis.

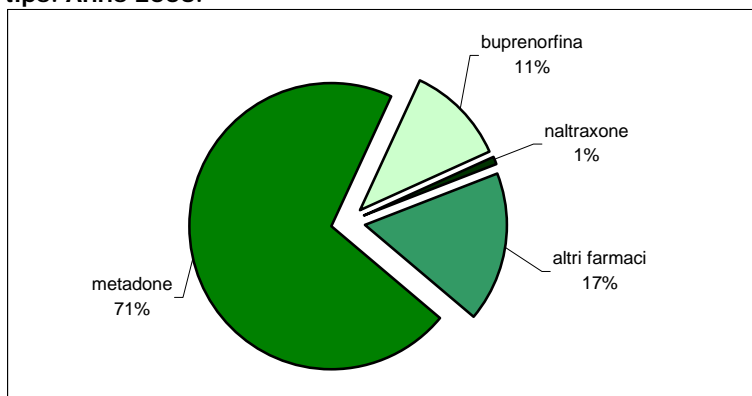
Grafico 5.5. Distribuzione percentuale dei soggetti in carico in trattamento psicosociale per tipologia di trattamento e sostanza di abuso primaria. Anno 2006.

	oppiacei	cocaina	cannabis
counselling	6%	10%	10%
sostegno psicologico	21%	30%	27%
psicoterapia	2%	2%	2%
intervento del servizio sociale	54%	51%	57%
inserimento lavorativo	3%	1%	0%
monitoraggio	14%	7%	5%

Elaborazione su dati Osservatorio Territoriale Droga e Tossicodipendenze-ASL MI2

I trattamenti farmacologici erogati sono soprattutto cure di tipo metadonico (71%), l'11% sono terapie con buprenorfina, una piccola quota (1%) è rappresentata dai trattamenti con naltraxone e il 17% di questi trattamenti prevede invece l'utilizzo di altri farmaci.

Grafico 5.10. Distribuzione percentuale dei trattamenti farmacologici erogati per tipo. Anno 2006.



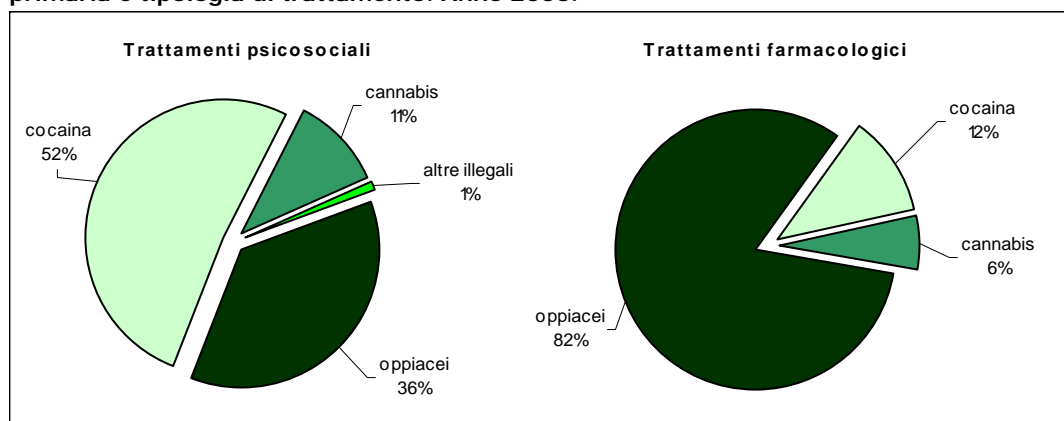
Elaborazione su dati Osservatorio Territoriale Droga e Tossicodipendenze–ASL MI2

Oltre il 90% dei trattamenti a base di metadone o buprenorfina prevede una durata di lungo termine, precisamente è a lungo termine il 92% dei trattamenti con metadone e il 98% delle cure a base di buprenorfina.

Concentrando invece l'attenzione sugli utenti si osserva che le caratteristiche degli utenti sottoposti a trattamenti di tipo farmacologico o psicosociale differiscono soprattutto per quanto concerne l'utilizzo delle diverse tipologie di sostanze.

Non sembrano, infatti, emergere differenze rilevanti nella composizione per sesso dei collettivi degli utenti sottoposti alle due tipologie di trattamento; la distinzione per presenza all'interno del servizio evidenzia che tra gli utenti in trattamento farmacologico si ha una quota più elevata di soggetti già conosciuti al servizio (87% contro il 75% tra gli utenti che ricevono trattamenti di tipo psicosociale). L'età media dei soggetti in trattamento farmacologico risulta sensibilmente più elevata rispetto a quella degli utenti sottoposti a trattamento psicosociale (38 anni contro 35 anni). Rispetto all'uso di sostanze si osserva invece che tra gli utenti che ricevono un trattamento psicosociale la maggior parte fa uso di cocaina (52%), il 36% è un consumatore di oppiacei e l'11% utilizza cannabis; l'82% degli utenti sottoposti a trattamento farmacologico sono invece utilizzatori di oppiacei, il 12% fa uso di cocaina e il 6% di cannabis.

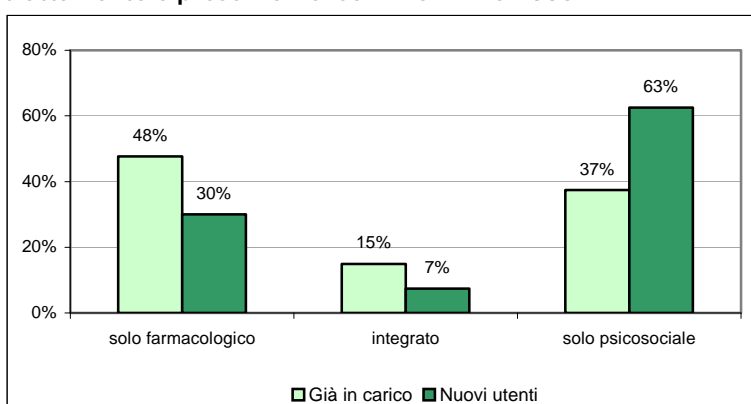
Grafico 5.11. Distribuzione percentuale dei soggetti in carico per sostanza d'abuso primaria e tipologia di trattamento. Anno 2006.



Elaborazione su dati Osservatorio Territoriale Droga e Tossicodipendenze–ASL MI2

Distinguendo l'utenza in base alla presenza all'interno del servizio si osserva che mentre gli utenti già in carico sono sottoposti soprattutto a trattamenti di tipo esclusivamente farmacologico o psicosociale, tra i nuovi utenti la maggior parte dei soggetti riceve un trattamento esclusivamente psicosociale (63%), il 30% è sottoposto solo a cure farmacologiche e il 7% riceve un trattamento integrato. Questa differenza risulta spiegata soprattutto dalla diversa composizione dei due collettivi in relazione alla sostanza di abuso primaria: tra i nuovi utenti è più consistente la quota di utilizzatori di cannabis e cocaina, gli utenti meno sottoposti a terapie di tipo farmacologico.

Grafico 5.12. Distribuzione percentuale dei soggetti in carico per tipologia di trattamento e presenza nel servizio. Anno 2006.



Elaborazione su dati Osservatorio Territoriale Droga e Tossicodipendenze-ASL MI2

Considerando il complesso degli utenti in trattamento e raggruppando le varie tipologie di trattamenti erogati in integrati (psicosociale e farmacologico), esclusivamente farmacologici o psicosociali, si rileva che la maggior parte degli utenti è sottoposta a un trattamento solo farmacologico (45%), il 41% ha ricevuto un trattamento esclusivamente psicosociale e il rimanente 14% è stato sottoposto a trattamento integrato. Tra gli utilizzatori di oppiacei la quota di utenti sottoposta a trattamento esclusivamente farmacologico è pari al 65%, il 19% di questa tipologia di utenti ha ricevuto un trattamento integrato e il 16% ha seguito un trattamento esclusivamente psicosociale.

La maggior parte degli utilizzatori di cocaina invece ha ricevuto solo un trattamento di tipo psicosociale e il 14% solo farmacologico; il 59% degli utilizzatori di cannabis ha seguito solo terapie di tipo psicosociale, il 31% solo cure farmacologiche e il 9% ha seguito un trattamento integrato.

Tabella 5.6. Distribuzione percentuale dei soggetti in carico per tipologia di trattamento e sostanza di abuso primaria. Anno 2006.

	oppiacei	cocaina	cannabis
trat.solo farmacologico	65%	14%	31%
trat.integrato	19%	7%	9%
trat.solo psicosociale	16%	79%	59%

Elaborazione su dati Osservatorio Territoriale Droga e Tossicodipendenze-ASL MI2

Le caratteristiche degli utenti sottoposte ai diversi tipi di trattamento sono state analizzate in maniera più completa adattando ai dati un modello di regressione logistica per ciascuna tipologia di trattamento, nel modello sono state inserite sia variabili relative all'uso di sostanze sia covariate relative alle caratteristiche socio-demografiche degli utenti.

In Tabella 5.7 sono riportati i risultati dell'adattamento dei modelli di regressione logistica per quanto concerne i trattamenti esclusivamente psicosociali e i trattamenti solo farmacologici.

Tabella 5.7. Misure dell'associazione (odds ratio) tra la tipologia di trattamento ricevuta ed alcune caratteristiche dell'utenza in trattamento. Anno 2006.

Tipo di trattamento	Odds ratio (I.C. 95%)	
	solo psicosociale	solo farmacologico
età ≥ 35 anni vs. < 35 anni	0,56(0,35-0,88)*	1,80(1,23-2,65)*
femmine vs. maschi	0,38(0,20-0,72)*	1,11(0,67-1,83)
livello scolarità basso vs. alto	1,00(0,43-2,32)	0,76(0,37-1,54)
livello scolarità medio vs. alto	0,89(0,49-1,58)	0,79(0,49-1,29)
disoccupati vs. occupati	2,87(1,77-4,67)*	0,34(0,22-0,53)*
econ.non attivi vs. occupati	5,70(2,46-13,18)*	0,35(0,17-0,72)*
abita con i genitori vs. solo	1,02(0,49-2,13)	0,89(0,49-1,63)
abita con altri vs. solo	1,53(0,75-3,10)	0,70(0,39-1,26)
cocaina vs. oppiacei	17,25(10,69-27,83)*	0,13(0,08-0,21)*
cannabis vs. oppiacei	4,51(2,22-9,18)*	0,37(0,19-0,72)*
inviato da strutt.socio-sanitarie vs. volontario	1,51(0,80-2,82)	0,87(0,51-1,49)
inviato dalle autorità vs. volontario	12,51(5,70-27,46)*	0,14(0,06-0,32)*
inviato da altri canali vs. volontario	5,73(2,76-11,89)*	0,19(0,09-0,42)*
già noto ai servizi vs. sconosciuto	0,50(0,27-0,90)*	1,55(0,88-2,71)

* valori significativi ($p < 0,05$). Nota: i valori degli odds ratio sono stati stimati con modelli di regressione logistica, utilizzando come variabile dipendente il tipo di trattamento.

Elaborazione su dati Osservatorio Territoriale Droga e Tossicodipendenze-ASL MI2

Osservando la Tabella 5.7 si può concludere che i soggetti sottoposti a trattamento esclusivamente psicosociale sono soprattutto nuovi utenti, di sesso maschile, di età inferiore ai 35 anni ed utilizzatori di cocaina e cannabis piuttosto che oppiacei. Rispetto alle caratteristiche socio-demografiche si osserva che essere disoccupato o economicamente non attivo comporta una probabilità maggiore di essere sottoposto a questa tipologia di trattamento. Anche il canale d'invio ai servizi sembra esercitare un effetto significativo sulla tipologia di trattamento cui i soggetti sono sottoposti: essere inviato dalle autorità o essere giunto attraverso altri canali invece che per scelta volontaria risultano, infatti, fattori associati in maniera positiva con l'essere sottoposto a trattamenti di tipo psicosociale.

Per quanto riguarda invece i soggetti sottoposti a trattamenti esclusivamente farmacologici, si osserva che si tratta soprattutto di femmine utilizzatrici di oppiacei che sono giunte alle strutture di trattamento spontaneamente e che risultano occupate piuttosto che disoccupate o economicamente non attive.

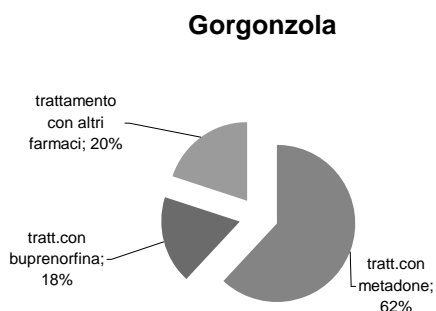
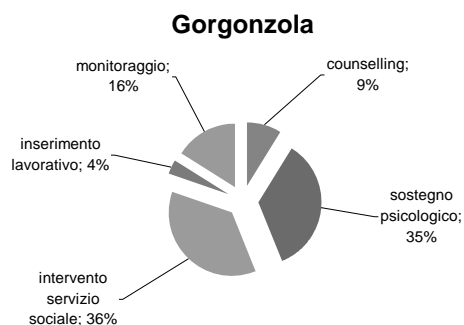
I risultati del modello di regressione logistica relativo ai soggetti sottoposti a trattamento integrato (non riportati in Tabella 5.7) evidenziano solo un'associazione positiva tra l'essere femmine e il consumare oppiacei

piuttosto che cocaina con l'essere sottoposto a questa tipologia di trattamento.

Analizzando i trattamenti di tipo psicosociale erogati presso ciascuna U.O. SerT si osserva che presso la sede di Gorgonzola la maggior parte degli utenti usufruisce di interventi di servizio sociale e di sostegno psicologico, rispettivamente il 36% e il 35%, il 16% di interventi di monitoraggio e il 9% usufruisce di counselling. Da sottolineare che presso questa UO non vengono segnalati trattamenti di psicoterapia.

Analizzando i trattamenti di tipo farmacologico si segnala che presso il SerT di Gorgonzola si utilizza in maniera più importante il trattamento con buprenorfina (18% vs 9% delle altre due sedi) e una diminuzione rispettiva del trattamento con metadone (62% vs il 76% di Rozzano e il 73% di Vizzolo).

Grafico 5.13. Distribuzione percentuale dei trattamenti psicosociali e farmacologici erogati per tipo presso l'UO SerT di Gorgonzola. Anno 2006.

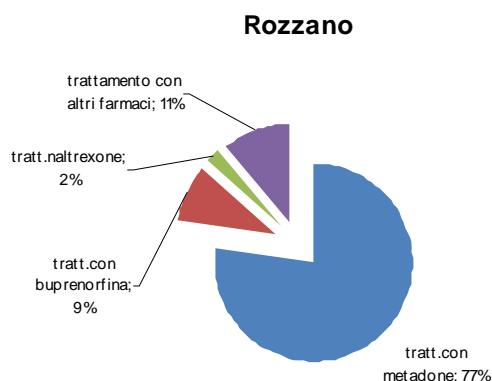
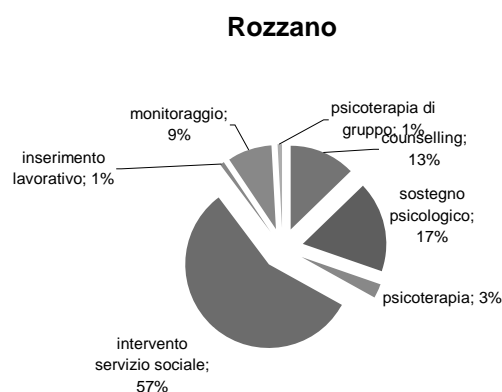


Elaborazione su dati Osservatorio Territoriale Droga e Tossicodipendenze–ASL MI2

Presso la sede di Rozzano relativamente ai trattamenti psicosociali, la maggior parte dei pazienti riceve un intervento di servizio sociale (57%), mentre l'offerta di trattamenti psicologici è maggiormente differenziata (sostegno psicologico per il 17%, psicoterapia 3% e psicoterapia di gruppo 1%).

Per quanto riguarda i trattamenti di tipo farmacologico erogati dall'UO SerT di Rozzano si può notare una minor percentuale di trattamenti con farmaci non sostitutivi (11% vs il 18% di Vizzolo e il 20% di Gorgonzola). E' inoltre da sottolineare la presenza di una minima percentuale di soggetti in trattamento con naltrexone, che non compare nelle altre UO.

Grafico 5.14. Distribuzione percentuale dei trattamenti psicosociali e farmacologici erogati per tipo presso l'UO SerT di Rozzano. Anno 2006.

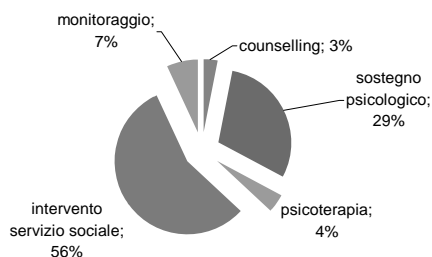


Elaborazione su dati Osservatorio Territoriale Droga e Tossicodipendenze-ASL MI2

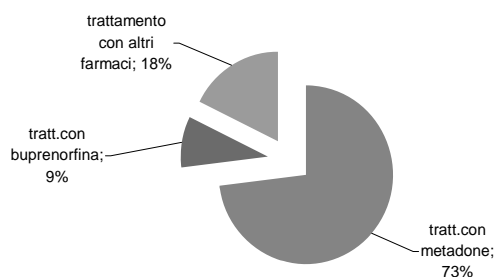
Infine per quanto riguarda l'UO SerT di Vizzolo Predabissi possiamo osservare una distribuzione di trattamenti psicosociali più simile a quella del SerT di Rozzano, con una prevalenza di interventi di servizio sociale (56%) seguiti da interventi di sostegno psicologico (29%) e da psicoterapie (4%).

Grafico 5.15. Distribuzione percentuale dei trattamenti psicosociali e farmacologici erogati per tipo presso l'UO SerT di Vizzolo Predabissi. Anno 2006.

Vizzolo



Vizzolo

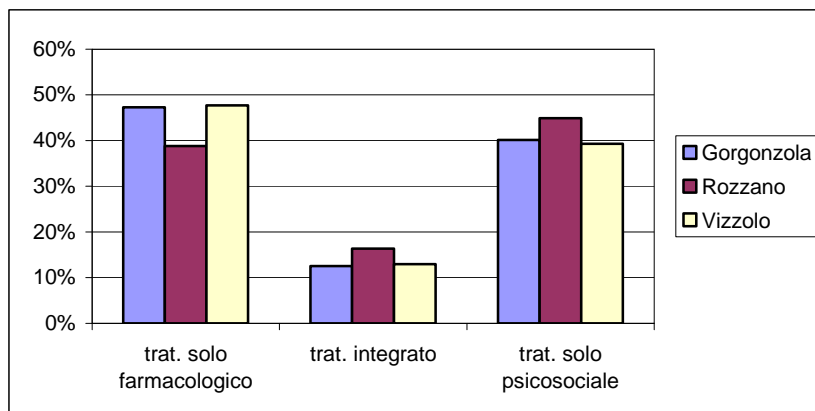


Elaborazione su dati Osservatorio Territoriale Droga e Tossicodipendenze–ASL MI2

Si sottolinea che per quanto riguarda gli interventi di inserimento lavorativo si nota una percentuale molto bassa, probabilmente da imputare alla perdita di finanziamenti specifici per il reinserimento lavorativo di soggetti tossicodipendenti un tempo garantiti dalla Legge 45/00.

Considerando il complesso degli utenti in trattamento presso ogni sede operativa e raggruppando le varie tipologie di trattamenti erogati si evidenzia che in special modo a Gorgonzola e Vizzolo i trattamenti farmacologici rappresentano circa il 50% dell'offerta terapeutica, mentre presso il SerT di Rozzano si sottolinea la presenza di un maggior numero di trattamenti integrati (16% vs 13% delle altre UO).

Grafico 5.16. Distribuzione percentuale dei soggetti in carico per tipologia di trattamento e struttura erogativi. Anno 2006.



Elaborazione su dati Osservatorio Territoriale Droga e Tossicodipendenze–ASL MI2

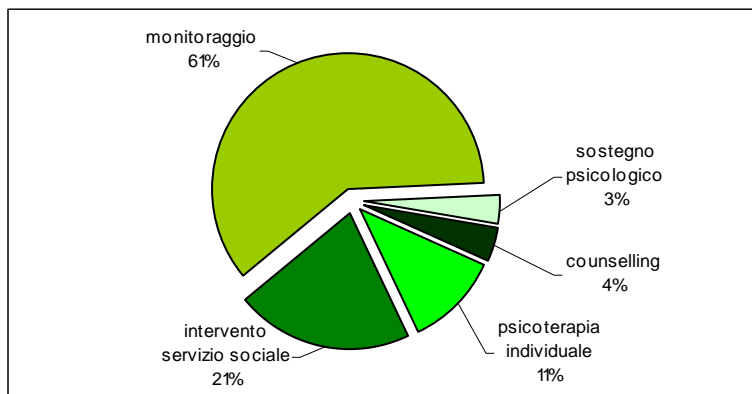
5.2.2 Carcere di Opera

Nel 2006 la quasi totalità dei trattamenti erogati carico presso il SerT carcere di Opera è di tipo psicosociale (82%), contro il 49% rilevato presso gli altri servizi della ASL. L'elevata quota di trattamenti psicosociali erogati può essere spiegata sia dalla diversa tipologia di utenza in trattamento presso il carcere di Opera, infatti, nel carcere l'83% dei soggetti risulta utilizzatore di cocaina, mentre gli utilizzatori di oppiacei, generalmente i maggiori beneficiari dei trattamenti farmacologici, rappresentano il 14% dell'utenza, sia dal fatto che gran parte dell'attività svolta presso il carcere fa riferimento a quelle prestazioni di esami, colloqui e somministrazione farmaci che essendo relative alla sorveglianza clinica del paziente sono tutte raggruppate nella tipologia 'monitoraggio'.

Poco meno del 22% dei trattamenti psicosociali è stato abbinato anche a una terapia farmacologia (trattamento integrato) mentre solo due soggetti risultano esser stati sottoposti a trattamento esclusivamente farmacologico.

Alla luce di quanto osservato presso gli altri servizi territoriali della ASL, nel carcere di Opera si osserva una differenza sostanziale nelle tipologie di prestazioni psicosociali erogate; la maggior parte dei trattamenti psicosociali è rappresentata da interventi di monitoraggio 61%, il 21% di sono interventi del servizio sociale, l'11% psicoterapia individuale, il 4% counselling, il 3% sostegno psicologico e inferiore all'1% risulta invece la quota di interventi di psicoterapia di gruppo erogati.

Grafico 5.17. Distribuzione percentuale dei trattamenti psicosociali erogati presso il carcere per tipo. Anno 2006.

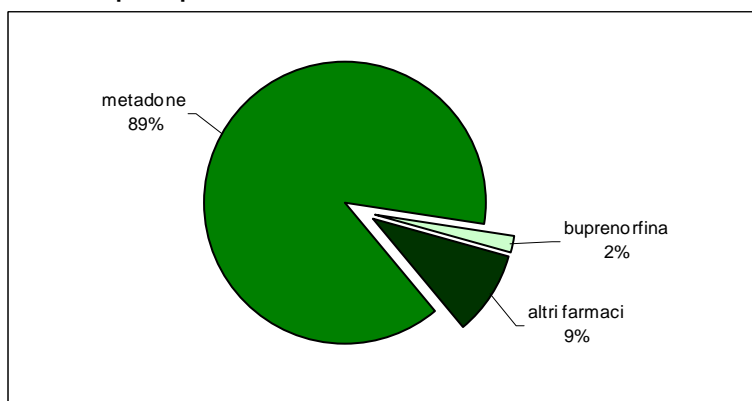


Elaborazione su dati Osservatorio Territoriale Droga e Tossicodipendenze–ASL MI2

Distinguendo l'utenza in base alla sostanza primaria utilizzata non si rilevano differenze nella tipologia di trattamenti cui sono sottoposti i diversi utilizzatori.

L'88% dei trattamenti farmacologici erogati nel corso del 2006 sono terapie metadoniche, i trattamenti con buprenorfina rappresentano il 2% delle terapie farmacologiche, mentre il restante 9% è rappresentato da terapie con altre tipologie di farmaci.

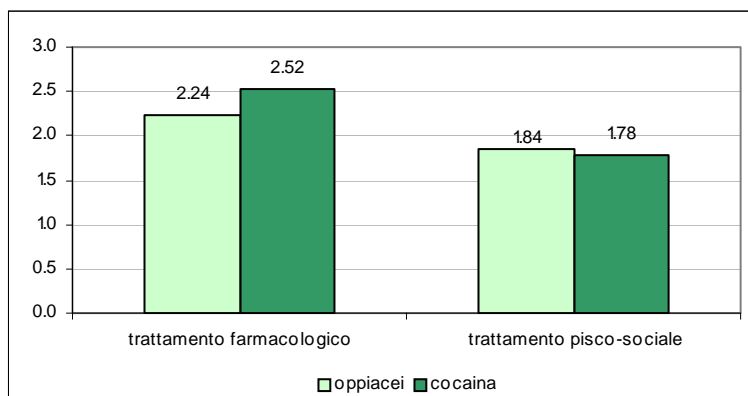
Grafico 5.18. Distribuzione percentuale dei trattamenti farmacologici erogati presso il carcere per tipo. Anno 2006.



Elaborazione su dati Osservatorio Territoriale Droga e Tossicodipendenze–ASL MI2

A differenza di quanto si rileva generalmente nei SerT dove la maggior parte dei trattamenti metadonici sono terapie di lungo termine, nel carcere di Opera il 20% delle cure metadoniche prevede una durata di breve termine, il 33% sono terapie a lungo termine, mentre la maggior parte dei trattamenti metadonici è costituita da terapie a medio termine.

Grafico 5.19. Numero medio di trattamenti erogati a ciascun soggetto in carico presso il carcere per tipologia di trattamento e sostanza di abuso primaria. Anno 2006.



Elaborazione su dati Osservatorio Territoriale Droga e Tossicodipendenze–ASL MI2

Relativamente al numero di terapie si rileva che, se per i trattamenti psicosociali ogni soggetto riceve mediamente 1,8 trattamenti, per quanto riguarda le terapie farmacologiche, gli utenti hanno avuto mediamente 2,5 trattamenti ciascuno.

Con riferimento al collettivo degli utilizzatori di cocaina e oppiacei, la distinzione per sostanza di abuso primaria evidenzia inoltre che, mentre un utilizzatore di oppiacei riceve mediamente 2,2 trattamenti farmacologici, per gli utilizzatori di cocaina il valore sale a 2,5.

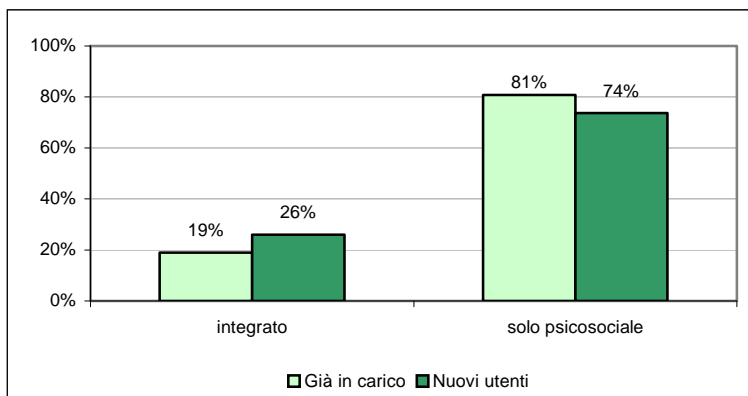
Tabella 5.8. Distribuzione percentuale dei soggetti in carico presso il carcere per tipologia di trattamento e sostanza di abuso primaria. Anno 2006.

	oppiacei	cocaina
trat.solo farmacologico	1%	0%
trat.integrato	32%	19%
trat.solo psicosociale	67%	80%

Elaborazione su dati Osservatorio Territoriale Droga e Tossicodipendenze–ASL MI2

Considerando i soli utilizzatori di oppiacei e cocaina, che da soli rappresentano il 97% degli utenti in carico presso il carcere di Opera, si osserva che tra gli utilizzatori di oppiacei la quota di utenti sottoposti a trattamento integrato è maggiore (32% contro il 19% tra gli utilizzatori di cocaina) e vi sono anche utilizzatori di oppiacei che sono stati sottoposti a terapie esclusivamente farmacologiche (1%) mentre nessun utilizzatore di cocaina risulta aver seguito trattamenti esclusivamente farmacologici nel corso dell'anno.

Grafico 5.20. Distribuzione percentuale dei soggetti in carico presso il carcere per tipologia di trattamento e presenza nel servizio. Anno 2006.



Elaborazione su dati Osservatorio Territoriale Droga e Tossicodipendenze–ASL MI2

Non si rilevano differenze tra le caratteristiche socio demografiche dei soggetti sottoposti alle diverse tipologie di trattamento e questo, oltre all'effettiva omogeneità dei diversi collettivi di soggetti trattati potrebbe essere dovuto anche alla bassa numerosità di utenti sottoposti a trattamenti integrati o farmacologici.

La distinzione dei soggetti per presenza all'interno del servizio evidenzia invece che tra i nuovi utenti è sensibilmente maggiore la quota di soggetti sottoposta a trattamento integrato (26% contro 19%) e di conseguenza minore è il dato relativo agli utenti sottoposti solo a terapie psicosociali (74% contro 81%).

5.3 GLI INTERVENTI DI RIDUZIONE DEL DANNO

5.3.1 L'esperienza del Centro Educativo Polivalente di Gorgonzola

Il Centro Educativo Polivalente è frutto di una collaborazione tra Ente Pubblico (Dipartimento delle Dipendenze dell'ASL MI2) e Privato Sociale (Cooperativa Lotta Contro l'Emarginazione di Sesto San Giovanni).

In questa parte del report si focalizzerà l'attenzione sui dati relativi alle attività progettuali che si collocano nell'area della riduzione del danno e del contenimento dei rischi connessi ai nuovi stili di consumo giovanile, in particolare sulle attività dell'unità mobile che si realizzano nei contesti del divertimento giovanile, su tutto il territorio dell'ASL MI2.

All'interno di questa area di lavoro, la strategia progettuale è caratterizzata dalla necessità di porre particolare attenzione ai luoghi attualmente non coinvolti in attività mirate di prevenzione specifica e di riduzione del danno e dove il consumo, il consumo problematico e l'abuso di alcol e di sostanze stupefacenti diventano una delle componenti che caratterizzano il modo di stare insieme di significative fasce della popolazione giovanile.

Negli ultimi anni il progetto ha sperimentato e sviluppato un'area di intervento specificatamente rivolta alla prevenzione degli incidenti stradali dovuti all'utilizzo di alcol e sostanze. Qui si riportano i dati raccolti dall'Unità Mobile durante le uscite effettuate negli ultimi tre anni nei luoghi del divertimento notturno all'interno del territorio dell'ASL MI2.

Aspetti di metodo

L'Unità Mobile utilizza un questionario a risposte chiuse che viene somministrato individualmente dagli operatori nell'arco della serata. Il questionario è utilizzato per identificare il campione dei guidatori e valutare alcuni aspetti importanti come la percezione delle proprie capacità di guida o l'assunzione di sostanze stupefacenti durante la serata. Alle persone contattate viene anche chiesto di sottoporsi, alla fine della compilazione del questionario, al test dell'alcolemia misurata con uno strumento tarato e validato (Etilometro Lion prodotto dalla Morgan Italia).

Gli operatori vengono precedentemente formati sia all'utilizzo dell'etilometro, sia alla somministrazione del questionario.

Campione contattato

I dati sono stati raccolti nel periodo compreso tra il 1 gennaio 2004 e il 31 dicembre 2006, durante le 100 uscite dell'Unità Mobile Giovani presso gli eventi all'aperto, discoteche e locali notturni presenti sul territorio dell'ASL MI2. La selezione del campione non è di tipo probabilistico ma risulta essere un campione di convenienza, in altre parole, è basato su un target specifico e non rappresentativo della popolazione (definito sulla base delle caratteristiche che deve avere il target degli interventi educativi).

Le informazioni raccolte forniscono tuttavia uno spaccato interessante dei luoghi dell'aggregazione e degli stili di comportamento propri di queste realtà che per estensione temporale e per eterogeneità dei luoghi coinvolti risultano interessanti anche al di fuori del contesto specifico.

Nella Tabella successiva troviamo le principali caratteristiche socio-anagrafiche rilevate.

Il totale dei soggetti ai quali è stato somministrato il questionario è risultato pari a 897 persone.

Tabella 5.9. Caratteristiche socio-anagrafiche del campione contattato.

		N	%
Sesso	maschio	748	83,4
	femmina	139	15,5
classi di età	tra i 14 e i 16 anni	18	2,2
	tra i 16 e i 18 anni	69	8,5
	tra i 18 e i 25 anni	471	58,2
	tra i 25 e i 35 anni	216	26,7
	sopra i 35 anni	35	4,3
Condizione occupazionale	Studente	228	33,3
	Lavoratore	363	53,0
	Studente/lavoratore	73	10,7
	Disoccupato	21	3,1
Titolo di studio	Elementari	10	1,1
	Medie inferiori	207	23,4
	Medie Superiori	542	61,2
	Diploma Universitario	34	3,8
	Laurea	92	10,4

5.3.2 Analisi dell'alcolemia. Periodo 2004-2006

I dati al valore medio di alcolemia nei tre anni presi in considerazione. Come si vede dalle tabelle sottostanti la media è pari a 0,7269 g/l un valore ben al di sopra del limite legale di alcolemia (0,5 g/l). Anche la mediana restituisce un valore superiore al limite legale di 0,62 g/l (vale a dire, metà del campione ha un valore superiore a 0,62 g/l).

Ma quello sul quale si vuole focalizzare l'attenzione in questo momento, oltre ai valori che superano il limite legale, sono il numero di persone trovato con valori superiori all'unità o addirittura superiori all'1,50 g/l di alcolemia nel sangue. Come si osserva dal grafico sottostante, che riporta la distribuzione del valore di alcolemia, coloro che sono risultati con valori superiori all'unità (o addirittura superiori ai 2 g/l) rappresentano una parte non trascurabile del campione. Questi soggetti sono interessanti non solo in relazione al discorso legato agli incidenti stradali ma anche per i rischi che l'alcol può provocare alla loro salute per i danni fisici che può provocare nell'organismo, in particolare se l'assunzione avviene contemporaneamente all'assunzione di sostanze stupefacenti, come vedremo.

Tabella 5.10. Valori di alcolemia espressi in g/l.

Tabella dei valori di frequenza espressi in g/l		
Media		0,7269
Mediana		0,6200
Percentili	25	0,2800
	50	0,6200
	75	1,0300

Per comprendere meglio la distribuzione delle alcolemie e le tipologie di consumo di alcol incontrate durante le uscite si è costruita una classificazione dei valori di alcolemia che permette di sintetizzare le misure alcolimetriche in cinque classi crescenti: la prima classe comprende coloro che sono stati trovati con valore di alcolemia pari a zero, la seconda coloro che sono risultati con un valore al di sotto del valore legale di alcolemia per potersi mettere alla guida ($< 0,5$ g/l), la terza comprende coloro che hanno un'alcolemia compresa tra $0,51$ g/l e $0,8$ g/l (scelto come criterio perché $0,8$ g/l rappresenta il vecchio limite legale). la quarta ($0,81$ g/l e $1,4$ g/l) e la quinta classe (sopra $1,4$ g/l) comprendono le persone che hanno un valore di alcolemia che li colloca ad alto rischio e sono dunque i soggetti con i quali l'intervento educativo diventa ancora più importante.

La relazione tra alcolemia e rischio di incidente stradale è stata ampiamente dimostrata e in generale all'aumentare del valore di alcolemia aumenta esponenzialmente il rischio di incidente stradale¹:

*"Dall'esame dei dati rilevati in diversi Paesi si può affermare che al di sopra di livelli ematici di alcol etilico pari a $80\text{mg}/100\text{ml}$ di sangue il rischio relativo di provocare un incidente stradale grave o mortale aumenta esponenzialmente: ad esempio per alcolemie intorno a $100\text{mg}/100\text{ml}$ si ha un rischio relativo pari circa a 10; ad alcolemie nell'intorno di $130\text{mg}/100\text{ml}$ corrisponde un rischio relativo intorno a 25-30."*²

Tenendo in considerazione queste premesse si va ora ad analizzare i dati sui valori di alcolemia riscontrati. Vediamo dalla tabella e dal grafico come la percentuale di persone trovate con valore di alcolemia sopra lo $0,8$ g/l è intorno al 38% (quindi una persona su tre). Di questi circa la metà supera il valore di $1,4$ g/l. Vale a dire che una quota consistente delle persone che si contattano durante questo tipo di rilevazioni ha un valore di alcol nel sangue significativamente alto, soprattutto per quanto riguarda i rischi associati alla guida.

Tabella 5.11. Valori di alcolemia espressi in g/l.

classi alcolemia	N	%
0	86	9,6
0,01-0,5	289	32,2
0,51-0,8	179	20,0
0,81-1,4	225	25,1
$> 1,4$	118	13,2
Totale	897	100

Questi valori sono abbastanza stabili nel tempo, anche se nei tre anni considerati si sono riscontrate alcune differenze (in misura minore nei

¹ Per una trattazione approfondita si veda: Blomberg, R.D., Peck, R.C., Moskowitz, H., Burns, M. and Fiorentino, D. **Crash Risk of Alcohol Involved Driving**. National Highway Traffic Safety Administration, Washington, DC, 2002.

² Franco Taggi, Marco Giustini, Gianni Fondi, Teodora Macchia, Marcello Chiarotti. *L'epidemiologia degli incidenti stradali (I): i dati di base e i fattori di rischio*. SETTIMANA NAZIONALE DELLA SICUREZZA STRADALE (5-12 MAGGIO 2002).

valori medi e, più significativamente, nei diversi strati della popolazione contattata).

Se vediamo il grafico sottostante possiamo notare che il valore medio, pur mantenendosi abbondantemente sopra il valore legale, è sceso da 0,75 g/l a 0,71 g/l.

Tale trend è dovuto in particolare all'abbassamento dell'alcolemia nelle fasce di età più grandi sopra i 25 anni. Difatti per la classe di età 25-35 siamo passati da un valore di 0,86 g/l ad 0,73 g/l. Mentre per i più giovani la tendenza è opposta e l'alcolemia nei tre anni presi in esame è risultata in crescita costante. Altra differenza interessante è quella relativa ai valori medi attribuiti ai maschi e alle femmine. Se negli anni precedenti il campione femminile è sempre risultato con valore di alcolemia al di sotto di quello maschile, nell'ultimo anno è avvenuto un'importante inversione di tendenza. Nell'ultimo anno si è dunque verificato un fenomeno nuovo perlomeno per quanto riguarda questo tipo di rilevazioni: vale a dire che i soggetti di sesso femminile incontrati hanno superato quelli di sesso maschile nell'alcolemia media rilevata. I maschi infatti nel 2006 hanno un valore di alcolemia pari a 0,71 g/l contro il valore di 0,7134 g/l del campione femminile. Nel complesso questi andamenti hanno prodotto una leggera diminuzione del valore medio (poiché quasi tutte le classi che hanno una maggiore frequenza, maschi di età superiore a 25 anni hanno fatto registrare una sensibile diminuzione).

Tabella 5.12. Confronto per anno del valore medio alcolemia.

ANNO	Media	N
2004	0,7524	176
2005	0,7234	420
2006	0,7169	301
Totale	0,7269	897

Tabella 5.13. Sesso e alcolemia nei tre anni considerati.

Sesso		ANNO			Totale
		2004	2005	2006	
maschio	Media alcolemia	0,750	0,7546	0,7134	0,7404
	N	154	351	243	748
femmina	Media alcolemia	0,6733	0,5409	0,7468	0,6365
	N	18	68	53	139

Tabella 5.14. Età e alcolemia nei tre anni considerati.

classi di età	2004	2005	2006	Totale	N
Tra i 14 e 16 anni	0,3225	0,2683	0,6500	0,4500	18
Tra i 16 e i 18 anni	0,6029	0,4056	0,7820	0,5833	69
tra i 18 e i 24	0,7242	0,7452	0,7583	0,7452	471
tra i 25 e i 35 anni	0,8653	0,7453	0,6778	0,7341	216
sopra i 35 anni	0,7125	0,8265	0,5143	0,7380	35

5.3.4 Consumi di sostanze stupefacenti durante la serata

Un altro aspetto preso in considerazione, nell'ambito dei fattori di rischio per gli incidenti stradali, riguarda l'assunzione di sostanze stupefacenti che può verificarsi parallelamente a quella di alcol nei contesti del divertimento. Difatti, l'aumento del rischio di incidenti stradali non è correlato in maniera significativa solo con il consumo di alcol ma anche con il consumo di sostanze stupefacenti e aumenta notevolmente se questi vengono assunti contemporaneamente.

Per questo motivo, durante la ricerca è stato chiesto alle persone agganciate se nell'arco della serata avessero assunto sostanze stupefacenti. Il risultato è riportato nel grafico sottostante: il 37% ha risposto di averne fatto uso. Questi valori rimandano e confermano il forte legame tra divertimento e consumi di sostanze nelle popolazioni giovanili. Se si pensa che le rilevazioni, sebbene siano concentrate nei mesi estivi, vanno ad interessare quasi tutto l'arco dell'anno, allora si può capire quanto sia diffuso questo stile di consumo.

Tabella 5.15. Consumi di sostanze stupefacenti durante la serata.

Hai assunto sostanze stupefacenti questa sera?	N	%
<i>Si</i>	328	37,7
<i>No</i>	543	62,3
Totale	871	100,0

Per meglio capire i consumi di sostanze si è anche chiesto di specificare il tipo di sostanza assunta durante la serata. Come si vede dal grafico la sostanza che viene utilizzata dalla quasi totalità di coloro che hanno dichiarato il consumo è l'hashish o la marijuana (35,5%), seguita dalla cocaina che è stata consumata dal 3,1% del campione. La scelta di assumere derivati della cannabis e di associare a questo consumo anche quello di bevande alcoliche nell'arco della stessa serata è un comportamento oramai molto diffuso. Inoltre alcuni di questi arrivano a consumare anche altre sostanze oltre alla cannabis, in particolare la cocaina.

Tabella 5.16. Tipo di sostanze utilizzate.

Sostanza	N	%
Hashish/Marijuana	318	35,5
Cocaina/crack	28	3,1
Ecstasy	13	1,4
Amfetamine	11	1,2
LSD	9	1
Eroina	5	0,6
Psicofarmaci	3	0,3

5.3.3 Guida e consumi (alcol e sostanze)

L'elemento centrale dell'intervento è il contatto, l'aggancio e la successiva azione educativa nei confronti di coloro che devono poi mettersi alla guida. Come è risultato dalle analisi condotte in questi anni, coloro che si mettono alla guida in condizioni assolutamente a rischio a causa dell'assunzione di alcol ma anche dell'assunzione contemporanea di sostanze stupefacenti sono una percentuale significativa.

Gli strumenti messi a punto vanno a focalizzare l'attenzione dell'intervento proprio su questi aspetti: il questionario serve infatti anche per identificare il tipo di rischio che si sta assumendo la persona alla quale è diretto l'intervento operativo e l'etilometro per restituire un dato oggettivo sul quale lavorare e dal quale partire per le azioni educative.

L'uso di sostanze non necessita di strumenti aggiuntivi perché a differenza dell'alcol, l'assunzione di sostanze non ha valori al di sotto del quale la guida è consentita. Guidare dopo avere assunto una qualunque sostanza stupefacente è considerato un comportamento a rischio, senza valori o cut-off che ne indichino un limite. Per questo motivo la domanda del questionario sull'assunzione di sostanze è considerata come elemento dal quale partire per l'azione educativa.

Il campione di guidatori che si è incontrato durante questi tre anni è pari a 423 persone sul totale di 888 che ha risposto alla domanda "Questa sera devi guidare?". Vale a dire che uno su due si metterà alla guida di un mezzo.

Tabella 5.17. I guidatori nel campione contattato.

Questa sera devi guidare?	N	%
Si	423	47,6
No	465	52,4
Totale	888	100,0

Ma quante di queste persone sono effettivamente a rischio a causa dell'assunzione di alcol?

Per rispondere a questa domanda si sono incrociate le risposte alla domanda sulla guida con il valore di alcolemia rilevato, considerando il valore di cut-off di 0,5 g/l pari al limite legale imposto per chi si mette alla guida di un veicolo. Si sono così costruite due categorie (sotto e sopra il valore legale) che sono poi quelle incrociate con la risposta sulla guida.

Tabella 5.18. Guida e valore di alcolemia.

Questa sera devi guidare?		valore legale di alcolemia		Totale
		sotto 0,5 g/l	sopra 0,5 g/l	
Si	N	194	229	423
	%	45,9%	54,1%	100,0%
No	N	177	288	465
	%	38,1%	61,9%	100,0%
Totale	N	371	517	888
	%	41,8%	58,2%	100,0%

L'analisi dei dati riporta come la percentuale di persone, tra quelle che si metteranno alla guida, risultate con un valore al di sopra del valore legale è davvero significativo: più del 54% del campione totale. In altre parole, la metà delle persone contattate guiderà in condizioni non idonee: un valore altissimo se si considerano i fattori di rischio concomitanti (assunzione di sostanze).

Vediamo ora quanti sono coloro che hanno dichiarato di aver assunto sostanze stupefacenti durante la serata: l'analisi delle risposte restituisce come 147 persone su 410 pari al 36% del totale dei guidatori ha risposto affermativamente alla domanda sulle sostanze. Tale percentuale non è molto differente da quella relativa a coloro che hanno dichiarato di aver assunto sostanze ma che non dovevano guidare (39%). Come a voler dire che sapere di dover guidare non influisce molto sulle scelte di consumo.

Tabella 5.19. Guida e assunzione di sostanze.

Questa sera devi guidare?		Hai assunto sostanze stupefacenti questa sera?		Totale
		Si	No	
Si	N	147	263	410
	%	35,9%	64,1%	100,0%
No	N	177	276	453
	%	39,1%	60,9%	100,0%
Totale	N	324	539	863
	%	37,5%	62,5%	100,0%

Incrociando le due variabili (alcolemia e consumo di sostanze), si è osservato che circa il 10% del campione guiderà dopo aver assunto sostanze ed essere risultato con un livello di alcolemia al di sopra del valore legale (esattamente 93 persone, pari a circa il 10% del campione totale e a circa il 22% di chi ha dichiarato di guidare, ma vedremo in seguito una descrizione più dettagliata per quanto riguarda gli incroci alcol e sostanze).

Ma quanti di questi soggetti ad alto rischio non percepiscono il pericolo e, forse anche a causa dello stato di ebbrezza o del consumo di sostanze, non percepiscono il pericolo di mettersi alla guida nello stato in cui sono?

“Il fatto di non considerare se stessi come soggetti potenzialmente a rischio di incidente stradale costituisce uno degli aspetti più frequenti alla base della sottovalutazione del pericolo e del mantenimento di comportamenti di guida insicuri.”³

Abbiamo così chiesto al campione di guidatori se si sentissero in grado di guidare con la possibilità di scegliere tra risposte che indicavano una grado di certezza “positivo” nei confronti della propria capacità di guida (senza problemi) fino ad un grado di certezza opposto (non se parla).

I risultati sono riportati nella tabella sottostante, raggruppati in un numero minore di categorie per semplificarne la lettura.

Come si vede dalla tabella la quota di coloro che ha dichiarato di non sentirsi in grado di guidare è davvero esigua se confrontata con i valori appena presi in esame sull'alcolemia e sull'uso di sostanze.

³ A. De Santi. *La prevenzione dei comportamenti a rischio di incidente stradale*. Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute Istituto Superiore di Sanità. Pag.1.

Mentre la percentuale di coloro che non percepiscono nessun tipo di impedimento alla loro capacità di guida sono in realtà la maggioranza. Uno su due delle persone con un valore di alcolemia superiore allo 0,5 g/l (pari a 107 persone) ha risposto alla domanda sulla percezione delle capacità di guida con un deciso "senza problemi". Di queste 107 persone, 35 hanno un valore superiore a 1,4 g/l.

Un'altra percentuale consistente di persone ha un atteggiamento meno sicuro sulle proprie capacità di guida ma la dimensione del campione dei guidatori che ha la certezza di non potersi mettere alla guida a causa delle proprie condizioni sono soltanto 24 persone su 218 pari all'11% del campione di guidatori con alcolemia superiore a 0,5 g/l. Delle 24 persone solo 4 hanno un'alcolemia superiore a 1,4. Quindi la percezione delle capacità di guida non sembrano dipendere molto dal livello di alcolemia ma da altri fattori.

Analizzando i dati presentati in questa parte del report si può constatare la rilevanza dell'azione educativa finalizzata all'aumento della percezione del rischio che gli operatori mettono in atto una volta che viene individuato il target a rischio. Gli operatori infatti lavorano sul cambiamento degli atteggiamenti nei confronti della guida e dell'alcol, cercando di rompere quella atteggiamento di "normalità" che si riscontra negli atteggiamenti delle persone contattate nei contesti del divertimento quando si parla di guidare dopo aver bevuto.

Gli obiettivi del progetto comprendono sia il cambiamento della percezione delle proprie capacità di guida, sia il cambiamento delle intenzioni comportamentali. Gli operatori in altre parole cercheranno di favorire, laddove possibile, la scelta di far guidare altre persone non alterate che appartengono allo stesso gruppo del soggetto che è risultato in stato di ebbrezza.

Il questionario stesso funziona come stimolo per permettere l'approfondimento su questi temi e le risposte alle domande vengono riprese dall'operatore alla fine della somministrazione.

Tabella 5.20. Percezione delle capacità di guida e valore di alcolemia.

Ti senti in grado di guidare in questo momento?		valore legale di alcolemia		Totale
		sotto il valore legale	sopra il valore legale	
Senza problemi	N	136	107	243
	%	75,1%	49,1%	60,9%
Ce la posso fare/fFrse tra 1/2 ora	N	40	87	127
	%	22,1%	39,9%	31,8%
Meglio di no/Non se ne parla	N	5	24	29
	%	2,8%	11,0%	7,3%
Totale	N	181	218	399
	%	100,0%	100,0%	100,0%

5.3.5 Categorie di rischio

Per comprendere meglio come si distribuiscono le percezioni delle capacità di guida secondo l'assunzione di alcol e sostanze si è proceduto con la creazione di quattro categorie, all'interno sempre del campione di guidatori, che fanno riferimento contemporaneamente sia al consumo di alcol sia a quello di sostanze. In questo modo si riesce ad avere un quadro più chiaro, ma soprattutto completo, della situazione incontrata durante le uscite dell'Unità Mobile CEP:

- 1) coloro che sono al di sotto del valore legale e non hanno assunto sostanze (- alcol, - sostanze)
- 2) coloro che sono al di sopra del valore legale e non hanno assunto sostanze (+ alcol, - sostanze)
- 3) coloro che sono al di sotto del valore legale e hanno assunto sostanze (- alcol, + sostanze)
- 4) coloro che sono al di sopra del valore legale e hanno assunto sostanze (+ alcol, + sostanze)

Nella tabella sottostante si riporta la distribuzione di frequenza di queste quattro categorie nel campione dei guidatori. Si osserva prima di tutto che un guidatore su cinque tra quelli contattati non solo ha un'alcolemia superiore al valore legale ma ha anche assunto sostanze stupefacenti durante la serata (22,7%).

Un'altra parte significativa del campione dei guidatori ha alternativamente assunto sostanze stupefacenti (13%) o risulta con un'alcolemia superiore al valore legale (32,2%). Solo un terzo dei guidatori non ha né assunto sostanze né ha un'alcolemia superiore al valore legale (32%) e potrebbe quindi mettersi alla guida. Tra i non guidatori, vale a dire coloro sui quali l'operatore deve fare leva per permettere la scelta del guidatore sobrio da parte dei guidatori risultati con alcolemia superiore a 0,5, troviamo che la percentuale di coloro che sono risultati con valore al di sotto di 0,5 è pari al 38% (pari a 177 persone).

Tabella 5.21. Distribuzione delle categorie di guidatori secondo l'assunzione di alcol/sostanze.

CATEGORIE	N	%
- alcol, - sostanze	132	32,2
+ alcol, - sostanze	131	32,0
- alcol, + sostanze	54	13,2
+ alcol, + sostanze	93	22,7
Totale	410	100

Incrociando le categorie appena create con la domanda sulla percezione delle proprie capacità di guida troviamo che la categoria che meno sente il rischio di mettersi alla guida sono coloro che hanno assunto solo sostanze ma non risultano sopra il valore legale di alcolemia (non prendendo in considerazione coloro che non hanno nessuno dei due fattori di rischio, vale a dire la prima categoria). In questo caso più del 60% non ha nessun problema a mettersi alla guida e solo 3 persone invece dichiarano di non volersi mettere alla guida. Questo significa che assumere sostanze stupefacenti (prevalentemente derivati della cannabis) non viene percepito come in grado di alterare le competenze necessarie per mettersi alla guida. In alcuni casi la percezione è addirittura opposta, tanto che capita non di rado sentire i ragazzi contattati asserire che l'assunzione di alcune sostanze, come ad esempio la cocaina, aiuta perché ti sveglia e permette di ridurre gli effetti deprimenti dell'alcol.

L'alcol sembra avere una maggior influenza sulla percezione rispetto alle sostanze poiché nella seconda categoria diminuisce la percentuale di coloro che non ritiene di avere alcun problema al mettersi alla guida (52%).

Tabella 5.22. Percezione proprio stato e categorie di rischio.

Ti senti in grado di guidare in questo momento?		CATEGORIE				Totale
		- alcol, -sostanze	+ alcol, - sostanze	- alcol, + sostanze	+ alcol, + sostanze	
Senza problemi	N	99	66	32	39	236
	%	79,8%	52,4%	64,0%	44,3%	60,8%
Ce la posso fare/ Forse tra 1/2 ora	N	23	48	15	38	124
	%	18,5%	38,1%	30,0%	43,2%	32,0%
Meglio di no/ Non se ne parla	N	2	12	3	11	28
	%	1,6%	9,5%	6,0%	12,5%	7,2%
Totale	N	124	126	50	88	388
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Aspetti conclusivi

Nei tre anni di lavoro e di interventi educativi realizzati dal progetto CEP (2004-2006), in particolare dall'Unità Mobile Giovani del progetto, nei luoghi del divertimento all'interno del territorio dell'ASL MI2 si sono incontrati situazioni differenti e target anche molto diversi l'uno dall'altro per caratteristiche socio-anagrafiche e per tipologie di divertimento scelto(dai rave alle discoteche, ai pub,etc.). In tutti questi contesti di intervento si è però riscontrato un elemento comune, vale a dire il gran numero di persone che durante la serata si ritrova a bere sostanze alcoliche raggiungendo livelli di alcolemia molto elevati, dimostrando inoltre una propensione al rischio e ai comportamenti a rischio come la guida in stato di ebbrezza.

Questo accade in misura maggiore nelle fasce di età giovanili (fino a 25 anni) e, nell'ultimo anno analizzato, non solo nel target maschile ma anche nel campione femminile (che ha raggiunto medie di alcolemia elevate).

Un altro fattore di rischio comune, evidenziato dai dati raccolti, è legato alla difficoltà da parte di chi si trova in uno stato di ebbrezza di riconoscere la propria incapacità di mettersi alla guida. La maggior parte infatti di coloro che hanno bevuto ha dichiarato di sentirsi in grado di guidare senza nessun problema. Tale percezione si è riscontrata anche tra coloro che sono risultati con un'alcolemia al di sopra di 1,4 g/l, un valore molto elevato.

Il lavoro degli operatori parte proprio dalla raccolta e dalle valorizzazioni di queste informazioni ed ha come obiettivo la modifica di questo tipo di percezione e delle scelte comportamentali che si fanno in queste particolari condizioni, aiutando la persona a prendere consapevolezza del proprio stato e dei propri limiti.

Per quanto riguarda l'impatto di questi metodi e la reale efficacia di questi interventi mancano allo stato attuale strumenti specifici.

Dopo tre anni la Cooperativa ha così deciso di costituire un gruppo di lavoro per la revisione degli strumenti utilizzati negli interventi e per realizzare un piano di valutazione dell'impatto di questa metodologia operativa. Questo ultimo passo è stato stimolato anche dalla partecipazione al gruppo di lavoro del Dipartimento delle Tossicodipendenze dell'ASL MI2 sul piano di valutazione, alla quale si è partecipato nei mesi scorsi.

Il nuovo questionario raccoglierà anche i suggerimenti degli operatori sui contenuti e sugli aspetti sui quali ci si vuole focalizzare (come ad esempio la percezione e la modifica degli atteggiamenti) e raccoglierà anche le considerazioni provenienti dalle analisi statistiche effettuate nel corso dei tre anni.

5.3.6 Allegato - Il progetto CEP

Premessa

Le ricerche che si sono poste l'obiettivo di indagare l'andamento del fenomeno degli incidenti stradali vanno nella direzione di studiare il legame tra gli incidenti stessi e due macrovariabili: le caratteristiche ambientali (tipologie di strade, orari, segnaletica, tipologia del veicolo, velocità) e le caratteristiche del guidatore (età, anni di esperienza, stato psico-fisico).

Tra queste, l'ultima variabile citata, lo stato psico-fisico del guidatore, in particolare quando risulta alterato dall'assunzione di alcol o sostanze, sta acquistando con il tempo maggior interesse. Le ricerche condotte sia su base internazionale, sia su base nazionale indicano infatti come al crescere dell'alcolemia cresca notevolmente anche il rischio di incidenti stradali. Basti pensare che nell'ultimo report dell'OMS dedicato agli incidenti stradali in giovane età viene indicato come: "L'analisi delle cause che determinano gli incidenti stradali mostra che, a livello europeo, un incidente su quattro (25%) è attribuibile all'alcol, e che negli incidenti causati da guida in stato di ubriachezza la stragrande maggioranza delle persone coinvolte (96%) è rappresentata da individui di sesso maschile, di cui il 33% giovani o giovani adulti di età compresa tra i 15 e i 34 anni."⁴

Finalità e obiettivi

Il Progetto, nell'ottica del lavoro di rete, ha come obiettivo l'integrazione tra tutti coloro che, a vario titolo e secondo le proprie specificità, operano nel settore e si rivolge ai giovani, di età compresa tra i 14 e i 25 anni, che frequentano le discoteche, pub, discopub, luoghi e occasioni di divertimento più in generale.

Gli obiettivi definiti nel progetto sono:

Aumento della conoscenza dei rischi connessi all'uso;

Aumento della capacità di collegare i sintomi con l'assunzione della sostanza;

Aumento della capacità di utilizzare le risorse locali attraverso una maggiore conoscenza.

È importante sottolineare che se da un lato si assiste ad una massiccia diffusione e circolazione di sostanze con una buona conoscenza degli effetti ricercati da parte dei consumatori, dall'altro le persone incontrate dagli operatori non dimostrano una corrispondente attenzione e competenza rispetto ai rischi connessi all'uso, né per ciò che riguarda il consumo della sostanza in quanto tale, né rispetto ad una serie di comportamenti a rischio in cui tendono ad incorrere in seguito all'assunzione (guida in stato di ebbrezza, rapporti sessuali non protetti...).

⁴ Emanuele Scafato, OMS, Direttore Centro Coll. OMS per la ricerca e la promozione della salute su alcol e problemi alcol correlati – Osservatorio Nazionale Alcol.

Il modello operativo: metodo e strumenti utilizzati durante gli interventi

L'unità operativa allestisce una serie di strumenti funzionali ad agganciare le diverse tipologie di target che possono incontrarsi durante le serate nei locali notturni o durante gli eventi all'aperto.

Lo strumento principale che viene utilizzato dall'equipe è un questionario somministrato dall'operatore che va ad indagare sia aspetti legati alla percezione del proprio stato, compresa la valutazione da parte dell'intervistato della capacità di guida in quel momento, sia dati sul consumo durante la serata (alcol e sostanze stupefacenti).

I questionari sui consumi si sono rivelati particolarmente efficaci nel rilevare immediatamente al termine della compilazione la tipologia di consumatore soggetto dell'indagine. Di conseguenza, nel colloquio di restituzione, ci si è trovati spesso nella situazione di poter individuare insieme al soggetto i maggiori rischi potenziali correlati a quella tipologia di consumo e indagare l'eventuale presenza di sintomi direttamente collegabili al consumo stesso.

Questo tipo di attività è stata ulteriormente potenziata dall'utilizzo del test alcolimetrico, che viene somministrato al termine della compilazione del questionario. La possibilità di confrontare un dato relativo all'auto-percezione con un dato oggettivamente rilevato, ha permesso di ampliare le tematiche di confronto con i soggetti e di approfondire i meccanismi della assuefazione e dipendenza (es. per soggetti con alto valore di alcolemia e percezione di sobrietà).

Dal questionario effettuato prima della somministrazione del test, si è potuto osservare come più del 60% di soggetti con valore superiore al limite legale, dichiara di poter guidare ("senza problemi" o "ce la posso fare").

Pur non avendo un dato preciso in merito, si è assistito in più occasioni, dopo la prova con alcolimetro, ad un cambiamento nella propensione a mettersi alla guida. In questi casi è stato anche possibile individuare strategie alternative: far guidare un altro componente del gruppo, aspettare un certo periodo di tempo prima di mettersi alla guida (magari riprovando nel frattempo a sottoporsi al test), farsi accompagnare ecc...

Inoltre durante la serata vengono distribuiti materiali informativi sui rischi dell'uso di alcol e delle sostanze stupefacenti e gli operatori sono a disposizione per qualsiasi dubbio o approfondimento che viene sollecitato dai ragazzi contattati.

Il progetto CEP partecipa anche alla rilevazione del progetto regionale MDMA sulle sostanze circolanti. Per questo motivo durante le uscite può essere utilizzato uno strumento differente che va ad indagare nello specifico i cambiamenti che avvengono sia per quanto riguarda la presenza nel mercato di nuove sostanze sia per le segnalazioni di effetti indesiderati particolarmente critici, dovuti ad esempio all'immissione nel mercato di sostanze con percentuali di principi attivi notevolmente al di sopra dei livelli abituali, oppure di nuovi stili di consumo e così via.

Fasi del percorso

Le fasi degli interventi si articolano seguendo la struttura che si viene riportata qui di seguito:

1) Ricognizione e aggancio con il territorio

- mappatura territorio: attraverso ricerche mirate (internet, volantini, manifesti ecc...), chiedendo a interlocutori privilegiati o effettuando ricognizioni in loco, si rilevano i contesti potenzialmente interessati alla presenza dell'unità mobile giovani presenti sul territorio dell'ASL MI2 (locali, eventi di territorio, feste, concerti, rave ecc...)
- contatto con gli organizzatori dell'evento: attraverso contatto telefonico si presentano brevemente le modalità e gli obiettivi dell'intervento allo scopo di rilevare una iniziale disponibilità e fissare un appuntamento.
- incontro con gli organizzatori dell'evento: ci si reca nel luogo concordato per l'incontro e si presenta nel dettaglio l'intervento con lo scopo di concordare le modalità di una eventuale collaborazione. Si fissa la data per una presenza "pilota" dell'unità mobile (*spiegherei meglio cosa significa presenza pilota*).

2) L'intervento vero e proprio

Tipologia

Vi sono tipicamente 2 tipologie di intervento legate al tipo di contesto in cui si va ad operare. La prima tipologia riguarda gli interventi 'spot' durante un evento unico e particolare (per es. un rave). La seconda tipologia è invece rappresentata da quegli interventi sul medio/lungo periodo, che prevedono ad esempio la presenza dell'Unità Mobile Giovani presso un certo locale ogni terzo sabato del mese.

Metodi e strumenti

L'equipe operativa si reca nel luogo dell'evento secondo le modalità concordate con gli organizzatori. Presa posizione, si allestisce l'area per l'intervento utilizzando un camper, un gazebo, banchetti informativi e materiali di presentazione delle attività rivolte all'utenza. A seconda dei contesti possono essere allestiti ulteriori spazi: chill-out, videobox, aree per la somministrazione di generi di conforto (acqua, tisane, cibo ecc...).

Attività durante la serata

Le modalità dell'intervento, rivolto a chi spontaneamente accede alle diverse aree, prevede:

- distribuzione di materiale informativo su effetti e rischi (sanitari, personali, sociali, legali...) correlati all'uso/abuso di sostanze stupefacenti, integrato da informazioni aggiuntive fornite dagli operatori;
- somministrazione di questionari per la raccolta di dati relativi ai consumi di droghe illegali e alcool;
- somministrazione del test sui valori di alcolemia, attraverso l'utilizzo di un etilometro professionale;
- colloqui di restituzione a partire dai dati raccolti nei questionari e attraverso il test alcolimetrico;

interviste e video-interviste su argomenti specifici;
somministrazione di questionari volti a intercettare nuove sostanze circolanti e nuove modalità di consumo, come previsto dalla sperimentazione regionale MDMA per la creazione di un sistema di allerta rapida;
colloqui di informazione sui servizi presenti sul territorio e relative modalità di accesso;
interventi di primo soccorso in caso di malori dovuti a utilizzo di droghe;
raccordo con gli organizzatori dell'evento
La durata di ogni uscita varia mediamente tra le 6 e 10 ore.

3) le fasi post-intervento

- valutazione dell'esperienza pilota e consolidamento della collaborazione:
nei giorni successivi alla prima presenza dell'unità mobile in un determinato evento, si fissa un appuntamento con gli organizzatori per valutare il livello di gradimento e, in caso positivo, concordare modalità e obiettivi di una collaborazione continuativa
- analisi dei dati: parallelamente all'operatività nei luoghi del divertimento, sono state effettuate ricerche statistiche sui dati raccolti durante le uscite.

6. IMPLICAZIONI E CONSEGUENZE PER LA SALUTE

6.1 Decessi droga correlati e mortalità nei consumatori di droga

6.2 Malattie infettive droga correlate

6.2.1 Test sierologico HIV

6.2.2 Epatiti virali

6.2.3 Pazienti in trattamento per HIV

6.2.4 Pazienti in trattamento per HCV

6.3 Ricoveri alcol e droga correlati

6.3.1 Episodi di ricovero per tossicodipendenza e alcolismo

6.3.2 Ricoveri droga correlati

6.3.3 Descrizione dei pazienti

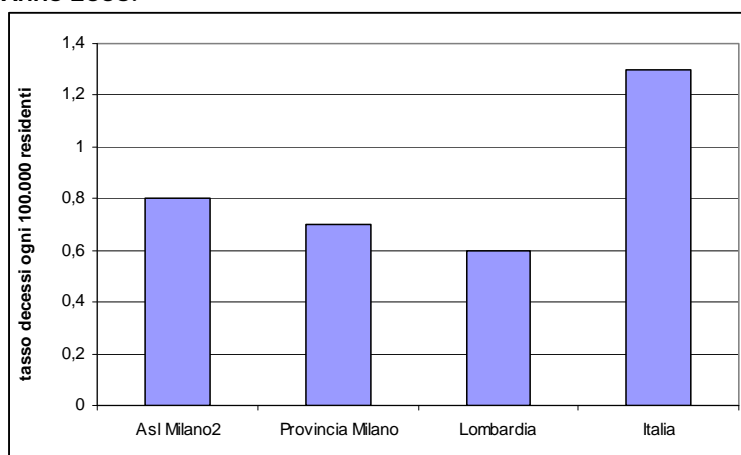
6. IMPLICAZIONI E CONSEGUENZE PER LA SALUTE

6.1 DECESSI DROGA CORRELATI E MORTALITÀ NEI CONSUMATORI DI DROGA

I dati del Registro Speciale di Mortalità del Ministero dell'Interno della Direzione Centrale per i Servizi Antidroga (DCSA) rappresentano la fonte più aggiornata sulla mortalità per overdose, sebbene presentino alcuni limiti¹.

Nel 2006 nei comuni afferenti all'area dell'ASL MI2 si sono registrati 3 decessi dovuti ad intossicazione acuta da overdose, sui complessivi 17 verificati nell'intera provincia ed i 40 regionali. Rapportando tali valori alla popolazione di età compresa tra 15 ed i 64 anni residente nelle rispettive aree, si conta meno di un decesso ogni 100 mila abitanti (a livello aziendale 0,8 mentre su quello provinciale e regionale si attesta rispettivamente sullo 0,7 e 0,6) a fronte di 1,3 della media nazionale (Grafico 6.1). Rispetto alla popolazione con uso problematico di sostanze, stimata a livello nazionale e regionale (si veda paragrafo sulle stime di prevalenza di uso problematico), si contano in media in Italia 1,6 decessi ogni 1.000 soggetti eleggibili al trattamento, laddove a livello regionale tale valore è pari a 0,7.

Grafico 6.1. Tassi di decesso per overdose ogni 100 mila residenti di età 15-64 anni. Anno 2006.



Direzione Centrale Servizi Antidroga (DCSA) del Ministero dell'Interno

¹ Si riferisce ai casi di decessi riconducibili (in base a circostanze e segni inequivocabili riferibili a episodi di overdose e non a seguito di esami tossicologici) direttamente all'abuso di sostanze stupefacenti, e non comprende quindi i decessi causati indirettamente dall'assunzione di droghe (incidenti stradali attribuibili alla guida sotto l'influsso di sostanze stupefacenti, o decessi da parte di assuntori di droghe dovuti a complicazioni patologiche); inoltre non comprende i casi in cui non siano state coinvolte le Forze di Polizia.

Le altre fonti disponibili in Italia sono quelle del Registro Generale di Mortalità dell'Istat, in cui non si prevedono le cause di morte "indirettamente" correlate all'uso di sostanze stupefacenti (come, ad esempio, incidenti stradali in cui risultano coinvolti soggetti che fanno uso di sostanze stupefacenti) e gli ultimi dati disponibili sono quelli dell'anno 2002 secondo il sistema di classificazione ICD IX, e dagli Istituti di medicina legale che, seppur svolgendo indagini tossicologiche al fine di rilevare cause di morte sia direttamente che indirettamente correlate all'uso di droga, hanno una copertura parziale (le indagini tossicologiche vengono effettuate solo in seguito ad esplicita richiesta dell'Autorità Giudiziaria che può affidarle anche ad altri istituti, qualora non siano presenti sul territorio quelli di medicina legale).

Nel 2006 i soggetti deceduti nel territorio dell'ASL MI2, così come quelli nell'intera provincia, erano tutti di sesso maschile (a livello regionale e nazionale si contano circa un decesso tra le donne ogni 10 decessi tra gli uomini). L'età media al decesso, pari a 38 anni, è più alta di due anni rispetto al valore nazionale e provinciale (a livello regionale l'età media al decesso è di 35 anni); le sostanze alle quali sono stati attribuiti i tre decessi verificatisi nel territorio aziendali sono per due casi eroina e per uno cocaina/crack, laddove a livello provinciale, regionale e nazionale per più della metà dei casi non è stato possibile per le FFOO ricondurre nessuna sostanza al decesso, mentre nei restanti casi l'eroina risulta essere la sostanza che maggiormente ha determinato il decesso.

La nazionalità dei deceduti nel territorio aziendale è per un caso straniera (peruviana), a livello provinciale a questo si aggiunge un deceduto di nazionalità senegalese, mentre a livello regionale si sommano altri due soggetti di nazionalità marocchina (a livello nazionale gli stranieri deceduti nel 2006 sono il 7% dei casi rilevati).

La rilevazione condotta all'interno delle UO non risultano invece decessi di soggetti in carico o noti per overdose da sostanze. Quindi, i casi riportati dal Registro Speciale di Mortalità del Ministero dell'Interno pur residenti sul territorio ASL non sono soggetti in carico al SerT.

Risultano invece 9 casi di decessi di soggetti in carico. Si tratta di pazienti morti per cirrosi epatica in HCV in 2 casi, per insufficienza epatica in 2 casi, per suicidio in 2 casi, per AIDS in 1 caso, per incidente stradale in 1 caso e per setticemia in 1 caso. Tutti i soggetti erano in carico al momento del decesso, avvenuto in un caso in comunità terapeutica e in 1 caso in carcere, ed erano in cura con trattamenti sia farmacologici che di monitoraggio clinico. In 8 casi su 9 la sostanza primaria dei soggetti era l'eroina, anche se oltre la metà non erano più tossicodipendenti attivi.

6.2 MALATTIE INFETTIVE DROGA CORRELATE

La raccolta dati presso i SerT prevede anche la rilevazione delle informazioni relative ai test cui vengono sottoposti gli utenti per l'individuazione di malattie infettive droga correlate.

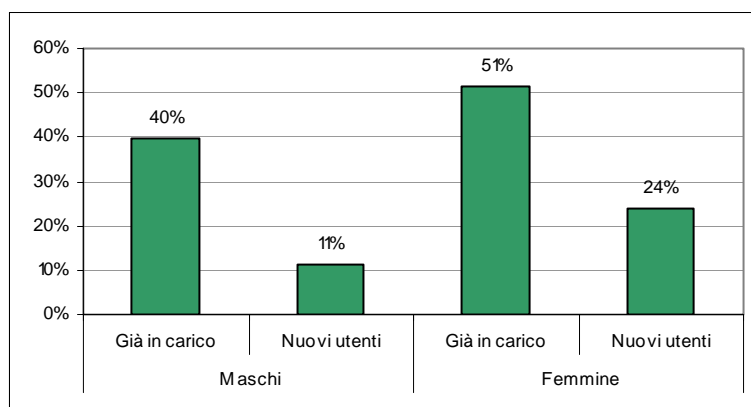
L'importanza della raccolta di questo tipo di informazione è confermata dal fatto che la presenza di malattie infettive droga correlate costituisce proprio uno dei cinque indicatori individuati dall'Osservatorio Europeo sulle Droghe e la Tossicodipendenza (EMCCDA) per il monitoraggio del fenomeno delle tossicodipendenze.

6.2.1 Test sierologico HIV

Nel 2006 i test per verificare la presenza del virus HIV sono stati effettuati sul 36% dell'utenza in carico (13% dei nuovi utenti e 42% dei nuovi ingressi). La frazione di individui sottoposta all'esame varia sensibilmente sia rispetto al genere che alla presenza all'interno del servizio.

Complessivamente è stato sottoposto all'esame il 47% delle utenti in carico femmine e il 34% dei maschi. Distinguendo l'utenza per presenza nel servizio, tra le femmine già in carico sono state sottoposte al test il 51% delle utenti, valore che scende al 40% per i maschi; anche tra i nuovi ingressi la frazione di utenti sottoposta al test è superiore tra le femmine (24% contro 11% dei maschi).

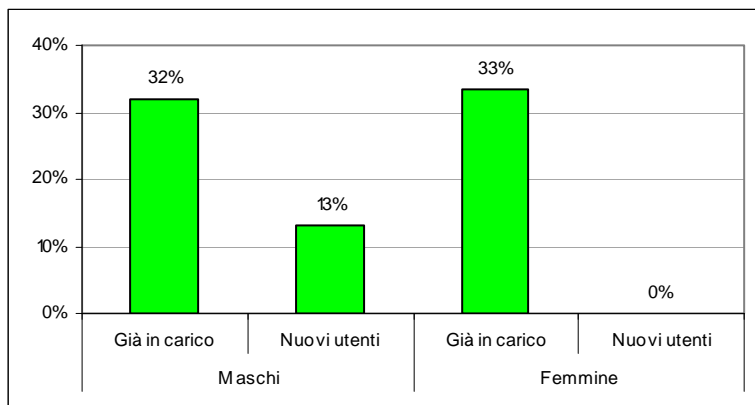
Grafico 6.2. Distribuzione percentuale di soggetti in carico presso i SerT della ASL MI2 testati per HIV sul totale dei soggetti in carico, per sesso e tipologia. Anno 2006.



Elaborazione su dati Osservatorio Territoriale Droga e Tossicodipendenze-ASL MI2

Per il 77% degli utenti sottoposti al test per il virus HIV la sostanza di abuso primaria sono gli oppiacei, senza rilevanti differenze tra i generi o tra i nuovi utenti e i già in carico; gli altri soggetti sottoposti al test sono essenzialmente utilizzatori di cocaina (20%).

Grafico 6.3. Distribuzione percentuale di soggetti in carico presso i SerT della ASL MI2 risultati positivi sui soggetti testati per HIV, per sesso e tipologia. Anno 2006.



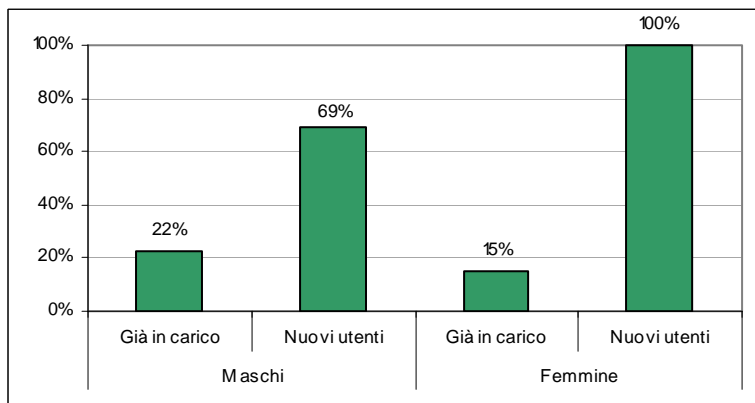
Elaborazione su dati Osservatorio Territoriale Droga e Tossicodipendenze–ASL MI2

L'esito del test è stato positivo per il 31% dei testati, nei già in carico è risultato positivo il 32% dei maschi e il 33% delle femmine; tra i nuovi utenti nessuna femmina è risultata positiva al test, mentre lo è stato il 13% dei maschi.

L'analisi delle caratteristiche demografiche dei soggetti risultati positivi al test non suggerisce l'esistenza di una relazione tra l'età del soggetto o altre caratteristiche rilevate e la positività al test (la bassa numerosità delle informazioni disponibili potrebbe comunque essere responsabile del non raggiungimento di significatività statistica).

Presso il SerT carcere la quota di soggetti testati per la ricerca del virus responsabile dell'HIV è di poco superiore a quella rilevata nei servizi territoriali (40% dei soggetti in carico) ma nettamente inferiore rispetto al dato dell'anno precedente. Rispetto ai servizi territoriali, ed in linea con quanto già osservato per l'anno 2005, se tra i già in carico sono stati sottoposti al test il 22% dei maschi e il 15% delle femmine, tra i nuovi utenti la frazione di soggetti testati risulta più elevata, in particolare tra le femmine (poco numerose all'interno di questo servizio) che risultano essere state tutte sottoposte al test.

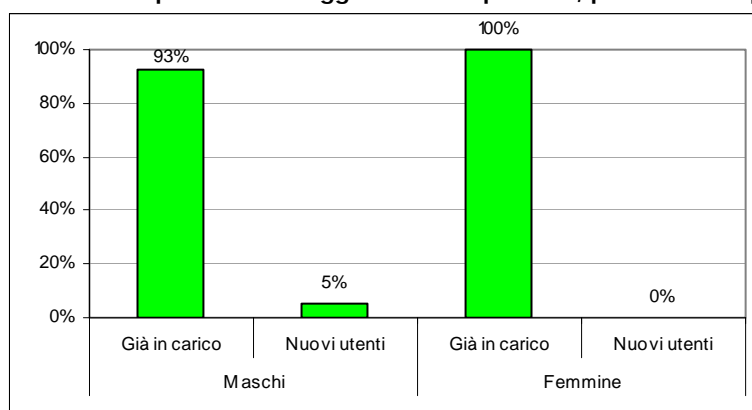
Grafico 6.4. Distribuzione percentuale di soggetti in carico presso il carcere testati per HIV sul totale dei soggetti in carico, per sesso e tipologia. Anno 2006.



Elaborazione su dati Osservatorio Territoriale Droga e Tossicodipendenze–ASL MI2

La risposta al test per gli utenti in carico presso il carcere di Opera evidenzia una percentuale di soggetti positivi leggermente superiore rispetto a quella riscontrata nei servizi territoriali (35% contro 31%) e, nel confronto tra i nuovi utenti e i già in carico si evidenzia una maggiore positività tra i soggetti già noti ai servizi (93% contro il 5% dei nuovi) ad indicare presumibilmente una maggiore sensibilizzazione dei nuovi utenti alla prevenzione.

Grafico 6.5. Distribuzione percentuale di soggetti in carico presso i SerT della ASL MI 2 risultati positivi sui soggetti testati per HIV, per sesso e tipologia. Anno 2006.



Elaborazione su dati Osservatorio Territoriale Droga e Tossicodipendenze-ASL MI2

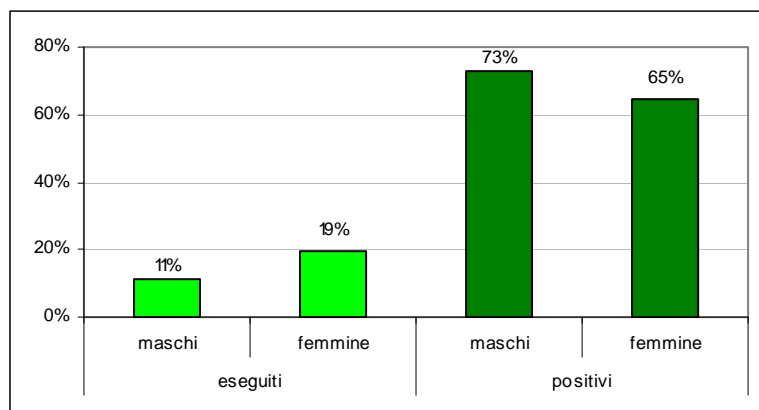
6.2.2 Epatiti virali

Il numero di test eseguiti per la ricerca dei virus relativi alle epatiti virali (test per epatite B ed epatite C) risulta complessivamente inferiore rispetto a quelli eseguiti per la ricerca del virus HIV.

Il test per la ricerca dell'epatite virale B è stato effettuato sul 13% dei soggetti in carico, ad esser sottoposti all'esame sono stati quasi esclusivamente gli utenti già in carico (16% contro una quota di nuovi utenti inferiore all'1%) e le femmine (23% delle utenti già in carico contro il 14% dei maschi della stessa categoria).

L'esiguo numero di utenti testati per HBV, inferiore anche rispetto al dato dell'anno 2005 (21% dei soggetti testati) potrebbe essere spiegato con la progressiva diffusione di un vaccino atto a contrastare il virus, anche se il numero di utenti in carico vaccinati risulta comunque esiguo (3% tra le femmine e 1% tra i maschi).

Grafico 6.6. Distribuzione percentuale di soggetti testati per HBV sul totale dei soggetti in carico SerT della ASL MI2 e dei soggetti risultati positivi tra i testati, per sesso. Anno 2006.



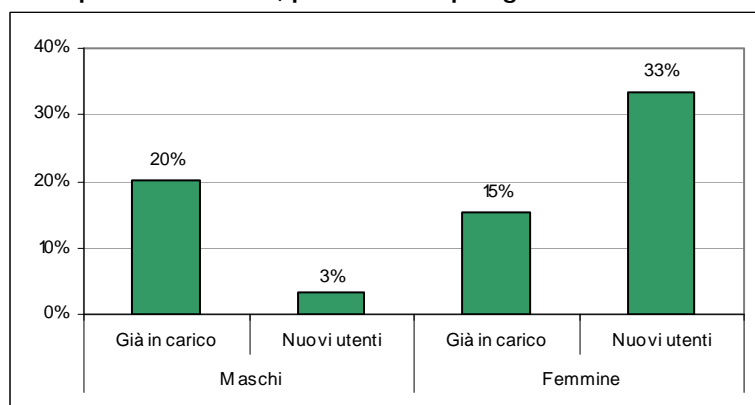
Elaborazione su dati Osservatorio Territoriale Droga e Tossicodipendenze–ASL MI2

L'elevato numero di positivi al test (71% dei soggetti sottoposti all'esame) indica un'accurata selezione degli utenti da sottoporre a questa tipologia di indagine.

Tra i maschi il 73% dei soggetti è risultato positivo al test per la ricerca del virus responsabile dell'epatite B, leggermente più bassa è risultata la positività tra le utenti di sesso femminile (65%).

Analoga a quella riscontrata nei servizi territoriali risulta la frazione di soggetti in carcere testati per la ricerca del virus HBV (14%). Complessivamente, anche nel carcere sono state le femmine ad essere maggiormente sottoposte a questo tipo di indagine medica e soprattutto le nuove utenti (33% delle nuove utenti contro il 15% delle già in carico).

Grafico 6.7. Distribuzione percentuale di soggetti per HBV sul totale dei soggetti in carico presso il carcere, per sesso e tipologia. Anno 2006.

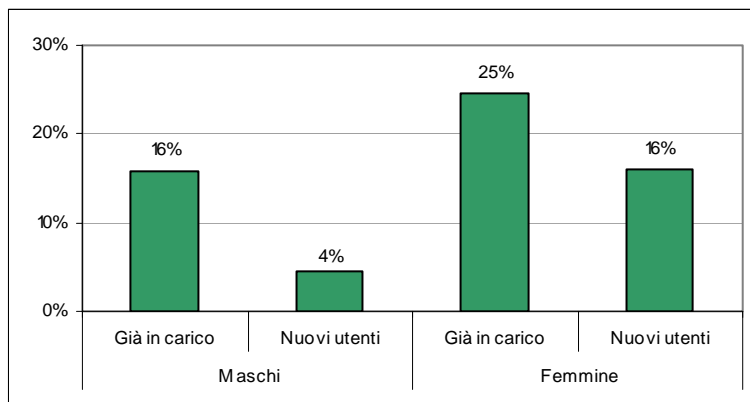


Elaborazione su dati Osservatorio Territoriale Droga e Tossicodipendenze–ASL MI2

Particolarmente accurata risulta la selezione dei soggetti in carcere sottoposti al test dato che praticamente tutti gli utenti testati sono risultati positivi.

Il numero di utenti in carico presso i SerT della ASL MI2 testati per la ricerca del virus responsabile dell'epatite C è analogo a quanto rilevato per l'epatite di tipo B (15%).

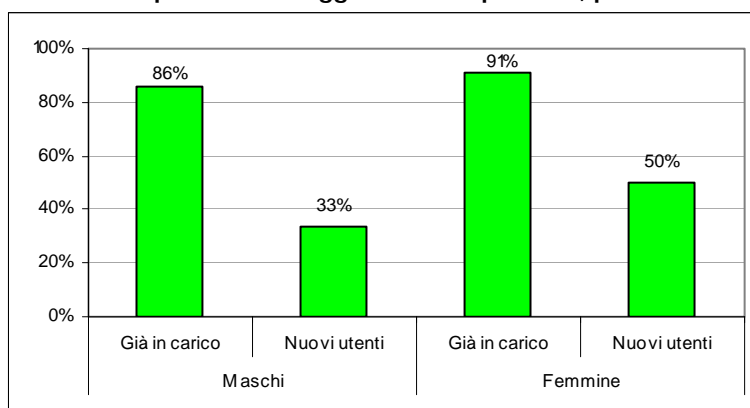
Grafico 6.8. Distribuzione percentuale di soggetti per HCV sul totale dei soggetti in carico presso i SerT della ASL MI 2, per sesso e tipologia. Anno 2006.



Elaborazione su dati Osservatorio Territoriale Droga e Tossicodipendenze-ASL MI2

Nel 2006 i test eseguiti per la ricerca del virus HCV sono stati 171, gli esami sono stati rivolti soprattutto alle femmine (23% contro il 13% dei maschi) e ai soggetti già in carico (17% contro il 6% dei nuovi utenti). L'esito del test è risultato positivo per l'82% dei maschi e l'86% delle femmine. Tra i nuovi utenti si è riscontrata una quota sensibilmente più bassa di soggetti positivi, in particolare per i maschi tra i quali sono risultati positivi al test l'86% degli utenti già in carico e il 33% dei nuovi utenti.

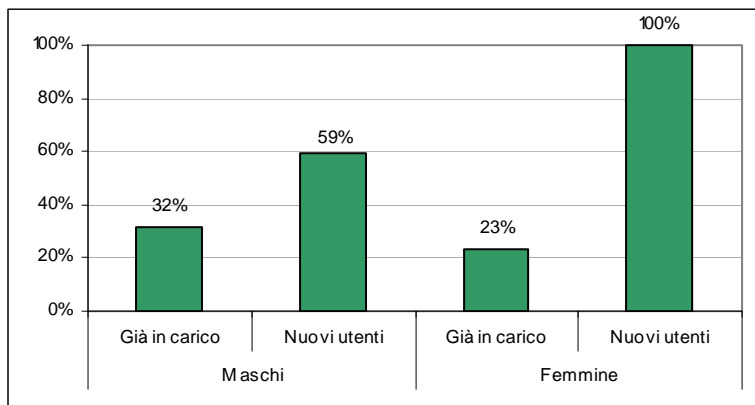
Grafico 6.9. Distribuzione percentuale di soggetti in carico presso i SerT della ASL MI 2 risultati positivi sui soggetti testati per HBV, per sesso e tipologia. Anno 2006.



Elaborazione su dati Osservatorio Territoriale Droga e Tossicodipendenze-ASL MI2

Maggiori sono state le risorse dedicate all'attività per la ricerca del virus HCV tra i soggetti in carico presso il carcere. Nel carcere di Opera il 42% dei soggetti in carico è stato sottoposto al test per la ricerca del virus responsabile dell'epatite C e l'attenzione è stata rivolta soprattutto ai nuovi utenti; è stato sottoposto a test il 60% di questa tipologia di utenti contro il 31% dei già in carico probabilmente già sottoposti a test negli anni precedenti.

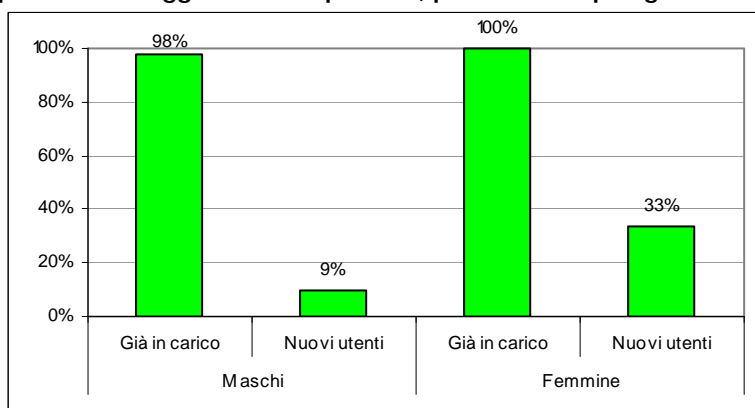
Grafico 6.10. Distribuzione percentuale di soggetti per HCV sul totale dei soggetti in carico presso il carcere, per sesso e tipologia. Anno 2006.



Elaborazione su dati Osservatorio Territoriale Droga e Tossicodipendenze–ASL MI2

Il 98% degli utenti in carico sottoposti al test sono risultati positivi (98% dei maschi e 100% delle femmine della stessa categoria). Tra i nuovi utenti solo il 10% è risultato positivo al test con una rilevante differenza tra i sessi (33% delle femmine e 9% dei maschi).

Grafico 6.11. Distribuzione percentuale di soggetti in carico presso il carcere risultati positivi sui soggetti testati per HIV, per sesso e tipologia. Anno 2006.



Elaborazione su dati Osservatorio Territoriale Droga e Tossicodipendenze–ASL MI2

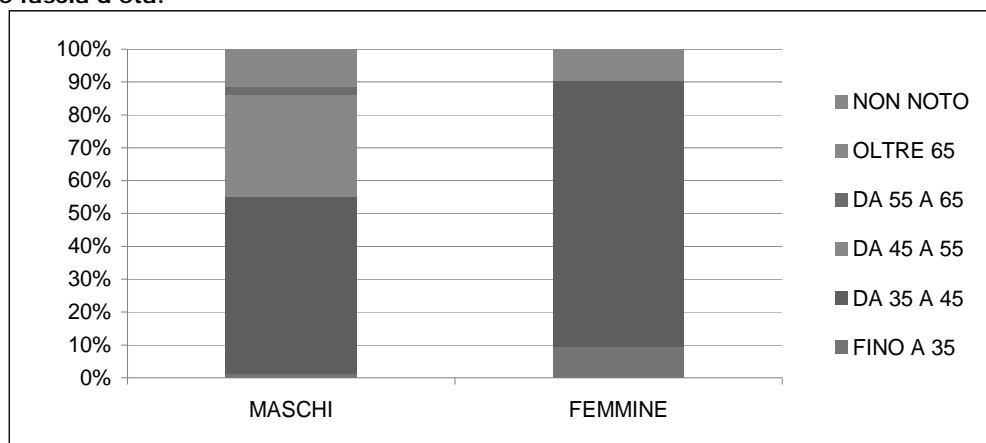
6.2.3 Pazienti in trattamento per HIV

Nel 2006 hanno ricevuto un trattamento per HIV presso le sedi del Servizio 101 soggetti, pari al 7,6% dei pazienti in trattamento presso i SerT ASL MI2.

Di questi, l'80% risulta di sesso maschile e il 21% di sesso femminile. L'età media delle persone in trattamento è di 43 anni.

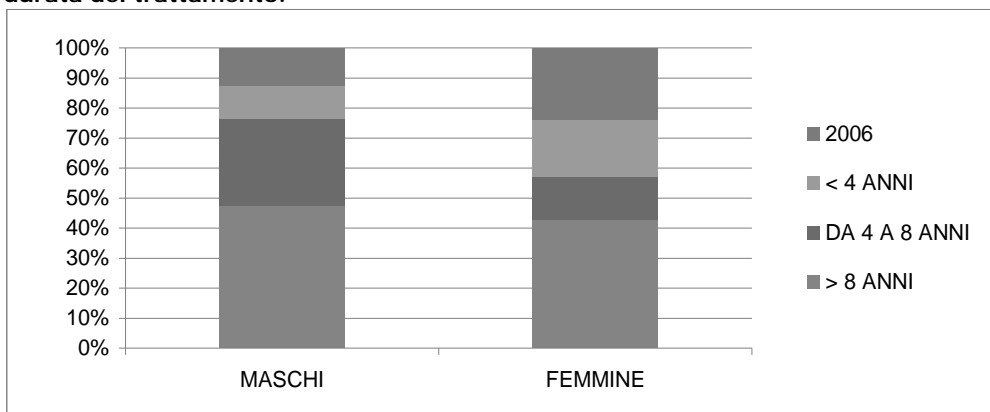
Sia per i soggetti di sesso maschile sia per quelli di sesso femminile la fascia d'età più rappresentativa è quella che comprende soggetti tra i 35 e i 45 anni nella quale confluisce il 53,8% dei soggetti di sesso maschile e l'81% dei soggetti di sesso femminile. Una quota considerevole di maschi, pari al 31,3% appartiene alla fascia 45-55 anni; mentre si può notare che circa il 10% dei soggetti di sesso femminile appartiene alla fascia d'età più giovane (Grafico 6.12).

Grafico 6.12. Distribuzione percentuale dei pazienti in trattamento per HIV per sesso e fascia d'età.



Il 48% dei pazienti risulta in trattamento da oltre 8 anni mentre solo il 15% ha iniziato un trattamento nel corso dell'anno 2006. Con una notevole differenza tra i soggetti di sesso maschile e femminile (Grafico 6.13) che vede per quanto riguarda le donne un maggior numero di soggetti che hanno avuto accesso alle terapie nell'ultimo anno. Questa informazione potrebbe essere spiegata dal modificarsi della prevalenza nella storia naturale dell'infezione HIV; infatti, attualmente la maggiore fonte di infezione è la trasmissione per via sessuale, con un aumento della componente femminile nella popolazione HIV positiva e un conseguente aumento dei trattamenti anti-retrovirali nelle donne.

Grafico 6.13. Distribuzione percentuale dei pazienti in trattamento HIV per sesso e durata del trattamento.



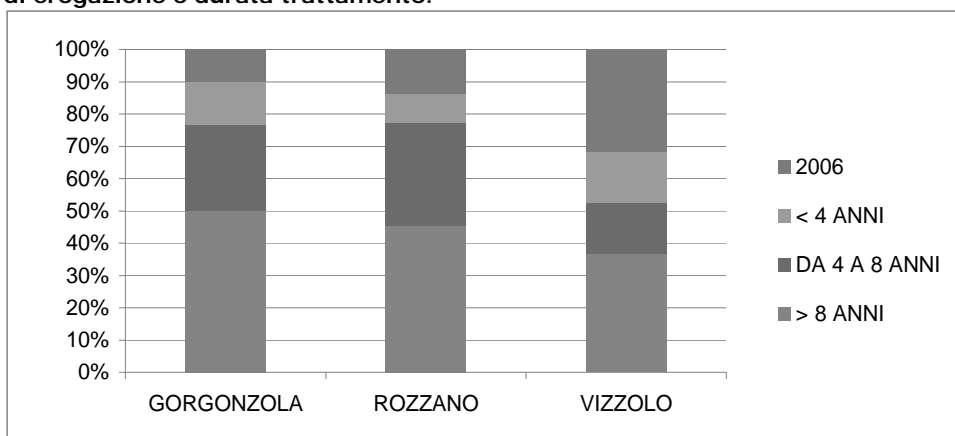
Dalla distribuzione dei pazienti in trattamento per HIV presso le tre sedi SerT del Dipartimento emerge che il 60% afferisce al SerT di Gorgonzola, il 22% al SerT di Rozzano e il 19% al SerT di Vizzolo Predabissi.

Di fatto, il SerT di Gorgonzola mostra una più alta percentuale di pazienti in trattamento in rapporto all'utenza in carico nell'anno 2006, pari al 9,5%; in questo Servizio i soggetti HIV positivi sono circa il 24%, quindi circa il 40% dei pazienti sieropositivi sono in trattamento. Al SerT di Rozzano è in cura per HIV il 6,3% degli utenti; in questo SerT i sieropositivi sono circa il 22%, quindi sono in cura per HIV circa il 28% dei sieropositivi. Preso il SerT di Vizzolo è in cura il 5,1% dei soggetti; qui gli HIV positivi sono circa il 25%, per cui sono in cura per HIV circa il 20% dei sieropositivi.

Questa differenza potrebbe essere dovuta alla presenza stabile presso il SerT di Gorgonzola di un medico infettivologo, coadiuvato dalla consulenza settimanale di un infettivologo del Policlinico S. Matteo di Pavia.

In tutte e tre le sedi operative i pazienti risultano per il 50% in trattamento da più di otto anni.

Grafico 6.14. Distribuzione percentuale dei pazienti in trattamento per HIV per sede di erogazione e durata trattamento.



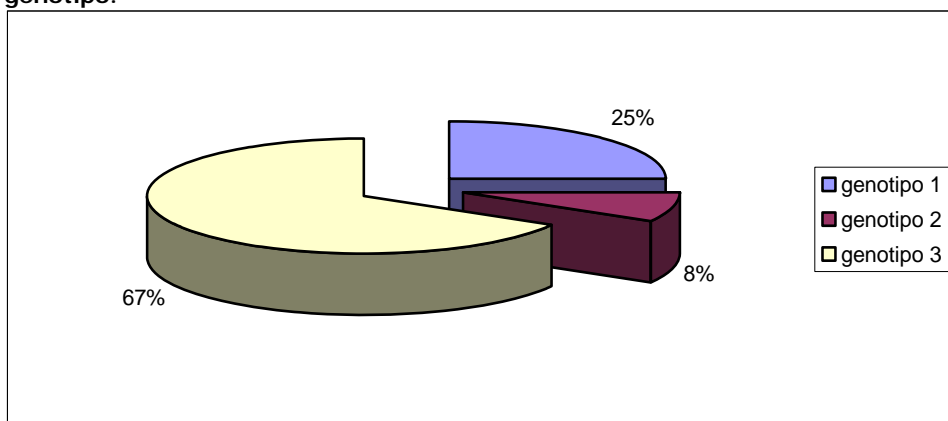
6.2.4 Pazienti in trattamento per HCV

Durante il 2006 sono stati trattati per HCV 12 pazienti, pari allo 0,9% dei soggetti in cura presso le UO SerT del Dipartimento ASL MI2². Di questi 11 sono maschi e 1 femmina.

L'età media dei soggetti in trattamento è di 40 anni; sono tutti soggetti tossicodipendenti o ex-tossicodipendenti utilizzatori di sostanze per via endovenosa.

La distribuzione per genotipo del virus HCV mostra la prevalenza del genotipo 3, con otto soggetti, pari al 66,7%; il genotipo 1 è stato riscontrato in 3 soggetti, mentre 1 solo soggetto presenta il genotipo 2 (Grafico 6.15).

Grafico 6.15. Distribuzione percentuale dei pazienti in trattamento per HCV per genotipo.



Quasi tutti i pazienti (undici su dodici) sono stati sottoposti ad un protocollo di cura che prevede l'associazione dell'interferone peghilato e della ribavirina; un solo soggetto è in trattamento con alfaferone più ribavirina, per intolleranza al peghilato.

² La sieroprevalenza HCV nelle UO SerT del Dipartimento è intorno al 50%.

6.3 RICOVERI ALCOL E DROGA CORRELATI

Nel seguente paragrafo viene fornita la descrizione, per l'anno 2006, dei ricoveri, avvenuti presso le strutture ospedaliere della ASL MI2, per motivi correlati al consumo di alcol e droghe.

In Tabella 6.1 si riportano le categorie diagnostiche (classificate in base al repertorio internazionale di codifica delle cause di malattia ICD-9 CM¹) relative a diagnosi principale o concomitante, correlata al consumo di droghe, alcol e tabacco.

Tabella 6.1. Categorie di diagnosi correlate all'uso di droghe ed alcol.

Diagnosi di ricovero correlate all'uso di droghe	Codici ICD-9 CM (1997)
Psicosi da droghe	292
Dipendenza da droghe (esclusi barbiturici e sedativi)	304.0, 304.2-9
Abuso di droghe senza dipendenza (esclusi barbit., sedativi ed antidepr.)	305.2-3, 305.5-7, 305.9
Avvelenamento da oppiacei e narcotici correlati	965.0
Avvelenam. da anestetici di superficie (topici) e da infiltrazione - cocaina	968.5
Avvelenamento da psicodisleptici (allucinogeni)	969.6
Avvelenamento da psicostimolanti	969.7
<i>Diagnosi di ricovero totalmente attribuibili all'alcol</i>	
Psicosi da alcol	291
Sindrome di dipendenza da alcol	303
Abuso di alcol senza dipendenza	305.0
Polineuropatia alcolica	357.5
Cardiomiopatia alcolica	425.5
Gastrite alcolica	535.3
Alcolemia elevata	790.3
Effetti tossici da alcol etilico	980.0
<i>Diagnosi di ricovero correlate all'uso di tabacco</i>	
Disturbi da uso di tabacco	3051

6.3.1 Episodi di ricovero per tossicodipendenza e alcolismo

Nel 2006 i ricoveri avvenuti nelle strutture ospedaliere della ASL MI2 per motivi correlati all'uso di sostanze psicoattive sono stati complessivamente 460.

I ricoveri considerati presentano nella diagnosi principale e/o in una di quelle concomitanti uno o più codici riportati in Tabella 6.1.

In Tabella 6.2 si presenta la distribuzione di frequenza delle diagnosi droga, alcol e tabacco correlate.

¹ tali codici risultano peraltro consigliati anche dall'Osservatorio Europeo sulle droghe e le tossicodipendenze (EMCDDA), dal National Institute on Drug Abuse (NIDA) e dal Ministero della Salute.

Tabella 6.2. Distribuzione percentuale delle diagnosi rilevate nei ricoveri alcol, tabacco e droga correlati. Anno 2006.

Diagnosi di ricovero correlate all'uso di droghe e alcol	Ricoveri	Ricoveri
	N°	%
Psicosi da droghe	6	0.01
Dipendenza da oppioidi	21	0.05
Dipendenza da barbiturici, sedativi	1	0.00
Dipendenza da cocaina	15	0.03
Dipendenza da combinazioni di sostanze	1	0.00
Dipendenza da combinazioni senza oppioidi	1	0.00
Dipendenza da altre droghe	6	0.01
Abuso di cannabinoidi	5	0.01
Abuso di allucinogeni	1	0.00
Abuso di barbiturici, sedativi o ipnotici	8	0.02
Abuso di oppioidi	4	0.01
Abuso di cocaina	16	0.03
Abuso di antidepressivi	1	0.00
Avvelenamento da oppiacei	3	0.01
Avvelenamento da barbiturici	2	0.00
Avvelenamento da altri sedativi o ipnotici	4	0.01
Avvelenamento da antidepressivi	14	0.03
Avvelenamento da tranquillanti	42	0.09
Avvelenamento da altre sostanze psicotrope	7	0.01
Psicosi da alcol	25	0.05
Sindrome di dipendenza da alcol	161	0.35
Abuso di alcol senza dipendenza	54	0.12
Polineuropatia alcolica	14	0.03
Cardiomiopatia alcolica	5	0.01
Gastrite alcolica	4	0.01
Gravidanze e bambini nati da madri consumatrici	1	0.00
Disturbi da uso di tabacco	38	0.08
Totale	460	1.00

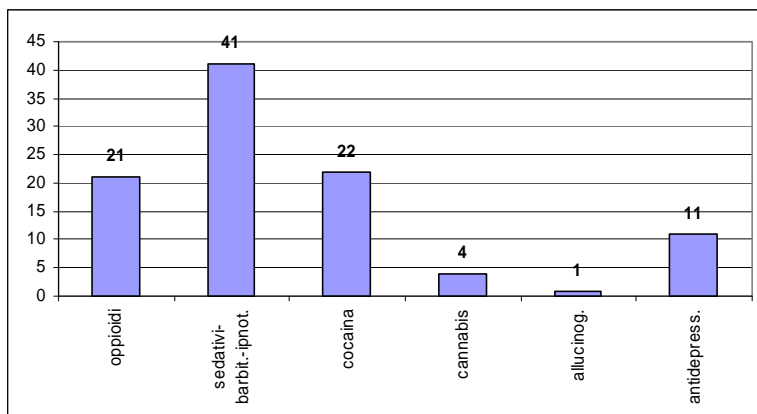
Elaborazione su dati della ASL MI2

6.3.2 Ricoveri droga correlati e con diagnosi di ricovero totalmente attribuibili all'alcol. Anno 2006.

I ricoveri con diagnosi correlata all'uso di droghe rappresentano circa il 35% del collettivo considerato, il 57% ha riguardato situazioni di diagnosi direttamente correlate all'uso di alcol e la rimanente quota disturbi legati all'uso di tabacco.

Per quanto attiene le sostanze stupefacenti (escluso alcol e tabacco), la maggior parte dei ricoveri risulta attribuibile all'uso di "sedativi-barbiturici ed ipnotici" (41%) seguono la cocaina (22%) e gli oppiacei (21%). Nel Grafico 6.16 si riporta la distribuzione, per sostanza.

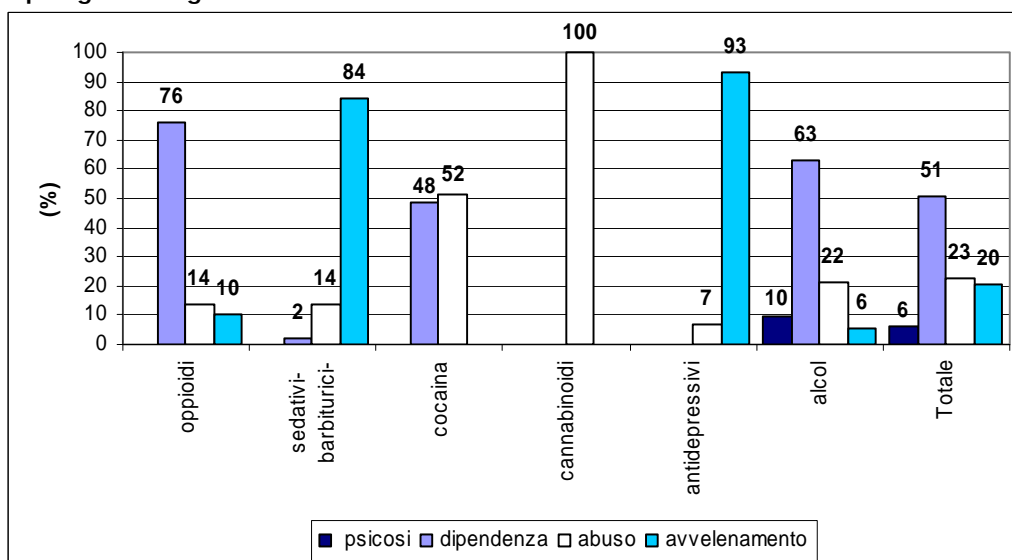
Grafico 6.16. Distribuzione percentuale dei ricoveri attribuibili all'uso di sostanze stupefacenti per tipo di sostanza assunta. Anno 2006.



Elaborazione su dati della ASL MI2

Se le diagnosi di dipendenza risultano (Grafico 6.17) maggiormente rappresentate in situazioni di ricovero attribuibili all'uso di oppiacei (quasi 76%), quelle di avvelenamento sono particolarmente correlate con l'uso di sedativi-barbiturici-ipnotici (circa 84%) e antidepressivi (93%).

Grafico 6.17. Distribuzione percentuale dei ricoveri per sostanza d'abuso e per tipologia di diagnosi. Anno 2006.



Elaborazione su dati della ASL MI2

6.3.4 Descrizione dei pazienti

I 460 ricoveri droga, alcol e tabacco correlati, avvenuti nell'anno 2006, fanno riferimento a 378 pazienti².

La maggior parte di questi (44%) ha un'età compresa tra i 35 ed i 54 anni. In Tabella 6.3 si riporta la distribuzione percentuale, per classi di età e per sostanza d'abuso correlata al ricovero, dei pazienti ricoverati nel corso dell'anno 2006.

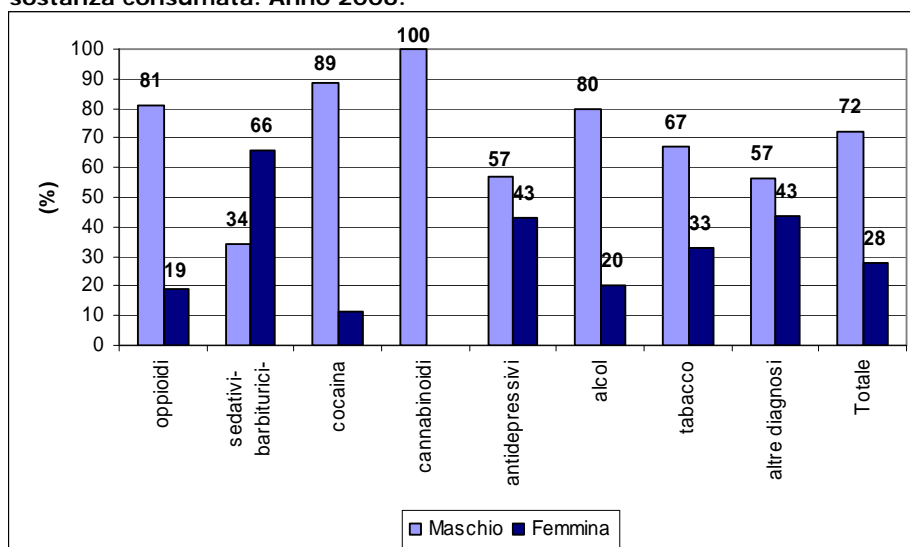
Tabella 6.3. Distribuzione percentuale dei soggetti ricoverati per classi di età e per sostanza d'abuso, correlata al ricovero. Anno 2006.

Classe età	Sostanza									Totale
	oppioidi	sedativi- barbit- ipnotici	cocaina	cannab.	allucin.	antidepr.	alcol	tabacco	altre diagn.	
<=14	0%	0%	0%	20%	0%	43%	2%	0%	8%	1%
15-24	12%	9%	22%	20%	100%	0%	4%	0%	4%	10%
25-34	38%	22%	28%	20%	0%	29%	12%	3%	4%	13%
35-44	31%	19%	28%	40%	0%	14%	26%	22%	21%	23%
45-54	15%	9%	0%	0%	0%	14%	17%	33%	25%	21%
55-64	4%	16%	22%	0%	0%	0%	23%	30%	28%	15%
>=65	0%	25%	0%	0%	0%	0%	18%	11%	11%	16%
Tot. N°	26	32	18	5	1	7	198	38	53	378
età media	35	49	37	29		24	49	52	47	46
%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Elaborazione su dati della ASL MI2

Il sesso maschile risulta maggiormente rappresentato a livello di tutte le sostanze considerate (Grafico 6.18) fatta unica eccezione per "sedativi-barbiturici-ipnotici" il cui consumo costituisce principale appannaggio del genere femminile (circa 66%).

Grafico 6.18. Distribuzione percentuale dei soggetti ricoverati per sesso e per sostanza consumata. Anno 2006.



Elaborazione su dati della ASL MI2

² per i pazienti ricoverati più volte, è stato preso in considerazione il primo ricovero

L'analisi dei dati, di seguito riportata, si riferisce a 1249 pazienti ricoverati nel corso del quadriennio 2003-2006: circa il 62% di questi hanno subito un unico ricovero, la restante quota due o più.

Attraverso un modello di regressione logistica, è stata studiata l'associazione tra alcune caratteristiche dei ricoverati quali il sesso, l'età, e la sostanza assunta e l'aver subito "1 ricovero" piuttosto che "2 o più" (Tabella 6.4).

Nelle colonne degli "odds ratio" (rapporto dei rischi) viene riportato il rapporto tra il "rischio" (quindi la probabilità) di subire "2 o più ricoveri", piuttosto che "1 ricovero", che ha una delle categorie indicate nella seconda colonna, rispetto alla prima scelta come riferimento. Valori maggiori dell'unità identificano un eccesso di rischio rispetto alla categoria di riferimento e viceversa. Si riportano, inoltre, gli intervalli di confidenza degli "odds-ratio": se l'intervallo non comprende l'1, l'associazione rilevata è da considerarsi statisticamente significativa.

Tabella 6.4. Risultati del modello di regressione logistica multinomiale relativo ai ricoveri droga ed alcol correlati.

		Odds ratio (IC 95%)
		2 o più ricoveri contro 1 ricovero
Sostanza	oppioidi*	1.5 (0.8-2.7)
	Sedativi-barbiturici-ipnotici	0.5† (0.2-0.9)
	cocaina	1.3 (0.8-2.3)
	alcol	
Età	<= 24 aa.*	3.5† (1.9-6.1)
	25-44 aa.	3.4† (1.8-6.3)
	45-64 aa.	2.9† (1.4-5.8)
	>=65 aa.	
Sesso	M *	0.9 (0.7-1.3)
	F	

Elaborazione su dati della ASL MI2 (anni 2003-2006)

* Categoria di riferimento

† Valori statisticamente significativi

Per quanto attiene lo studio dell'effetto della variabile "Sostanza" sul numero di ricoveri a cui il paziente è stato sottoposto, è possibile rilevare che, coloro che assumono cocaina hanno minore probabilità ($OR < 1$), rispetto a chi fa uso di oppiacei, di essere ricoverati più volte. Si rileva inoltre che la probabilità di subire più ricoveri aumenta passando dalla classe di età più giovane ai pazienti che sono più avanti negli anni ($OR > 1$). Effetti statisticamente significativi non si evidenziano invece relativamente al sesso.

7. IMPLICAZIONI E CONSEGUENZE SOCIALI

7.1 Segnalazioni alle Prefetture

7.2 Reati droga correlati

7.2.1 Denunce per reati previsti dal DPR 309/90

7.3 Popolazione carceraria per reati connessi alla normativa sugli stupefacenti

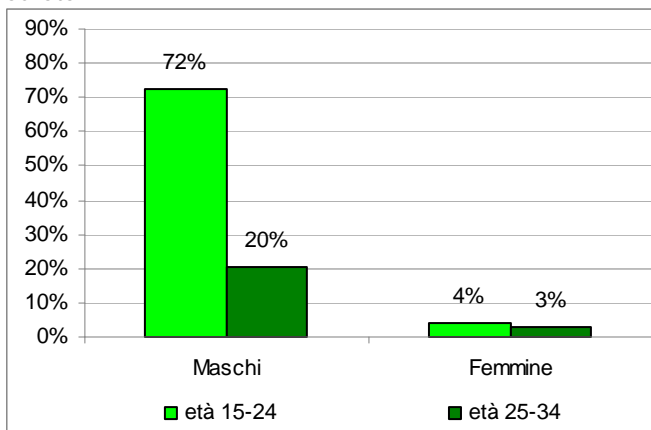
7. IMPLICAZIONI E CONSEGUENZE SOCIALI

7.1 SEGNALAZIONI ALLE PREFETTURE

Dalla fine del 2002 la L'ASL MI2 è stata coinvolta nella Sperimentazione coordinata tra Regione Lombardia e Prefettura di Milano per il trattamento dei soggetti segnalati alla prefettura ai sensi degli artt. 75 e 121 del DPR 309/90. Tale progetto prevede che i soggetti segnalati entro il limite di età di 26 anni vengano convocati a colloquio direttamente presso le sedi dei Servizi Territoriali delle Dipendenze del proprio bacino d'utenza.

Nel 2006 sono stati convocati a colloquio 162 individui presso il Centro di Educazione Polivalente; la maggior parte di loro sono maschi di età compresa tra i 15 ed i 24 anni (72%) seguiti dai 25-34enni (21%); solo il 7% dei convocati è di genere femminile (Grafico 7.1).

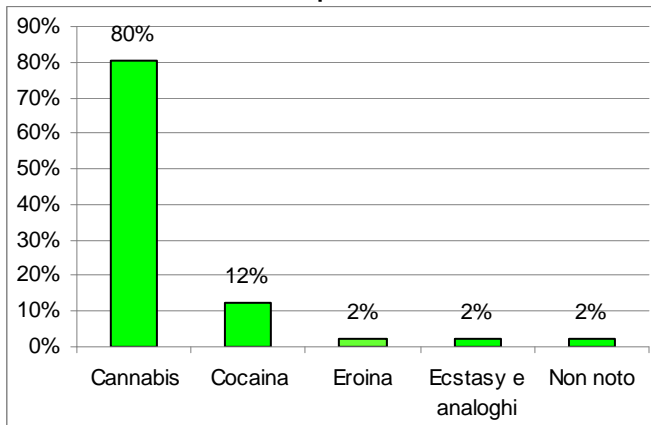
Grafico 7.1. Distribuzione percentuale dei convocati a colloquio distinti per genere ed età.



Elaborazione su dati Osservatorio Territoriale Droga e Tossicodipendenze-ASL MI2

La sostanza di segnalazione prevalente è la cannabis, per la quale è stato segnalato l'80% dei casi, seguita dalla cocaina (12%) ed infine oppiacei (2%) ecstasy e analoghi (2%) (Grafico 7.2).

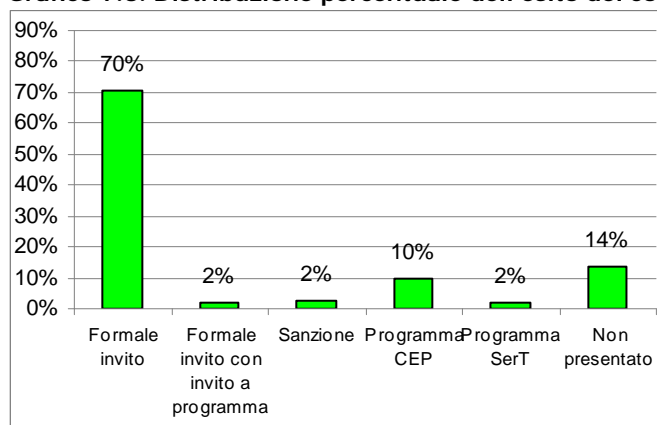
Grafico 7.2. Distribuzione percentuale della sostanza di segnalazione.



Elaborazione su dati Osservatorio Territoriale Droga e Tossicodipendenze-ASL MI2

I colloqui sostenuti, per la maggior parte, si sono conclusi con un formale invito (70%); il 10% dei ragazzi sono stati inviati a programma presso il Centro Educativo Polivalente; il 6% si è distribuito equamente tra coloro che hanno ricevuto una sanzione amministrativa, chi ha ricevuto un formale invito con un invito a sostenere un programma terapeutico e coloro che già sono in carico presso un SerT. Il 14% dei convocati non si è presentato al colloquio.

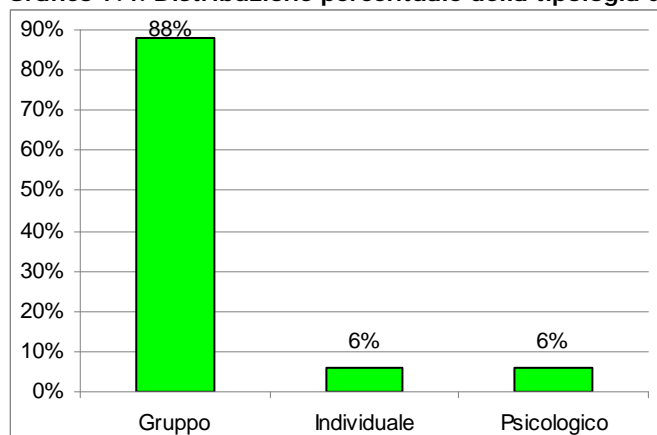
Grafico 7.3. Distribuzione percentuale dell'esito del colloquio.



Elaborazione su dati Osservatorio Territoriale Droga e Tossicodipendenze–ASL MI2

I soggetti inviati al programma presso il Centro Educativo Polivalente hanno intrapreso un programma di gruppo nell'88% dei casi. Il restante 12% si è suddiviso in egual misura tra i due tipi di programma: quello individuale e quello psicologico (Grafico 7.4).

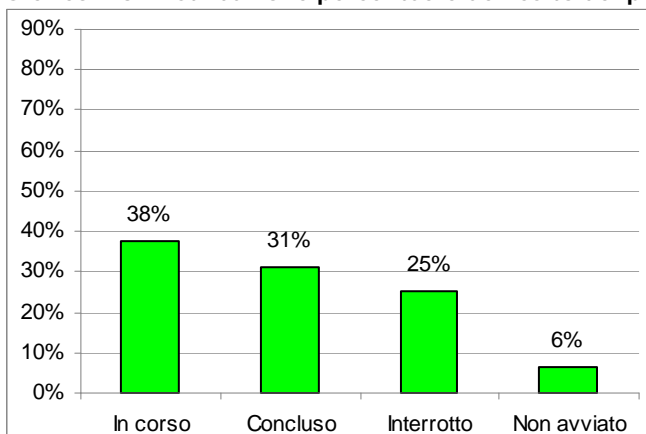
Grafico 7.4. Distribuzione percentuale della tipologia dei programmi CEP.



Elaborazione su dati Osservatorio Territoriale Droga e Tossicodipendenze–ASL MI2

Alla fine del 2006 il 38% dei programmi avviati presso il Centro Educativo Polivalente risultavano ancora in corso ed il 31% era giunto a conclusione. Il 25%, invece, dei programmi è stato interrotto mentre il 6% non è mai stato avviato.

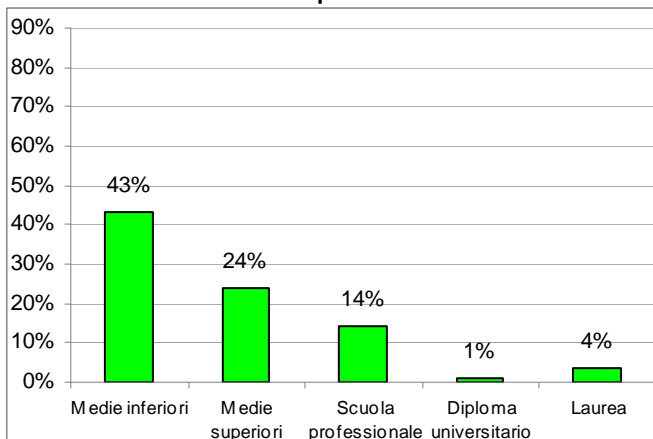
Grafico 7.5. Distribuzione percentuale dell'esito dei programmi CEP.



Elaborazione su dati Osservatorio Territoriale Droga e Tossicodipendenze-ASL MI2

Dei ragazzi che si sono presentati a colloquio il 43% possiede la licenza media inferiore, il 24% ha conseguito il diploma di media superiore, il 14% ha un attestato di scuola professionale, l'1% ha un diploma universitario ed il 4% ha conseguito la laurea (Grafico 7.6).

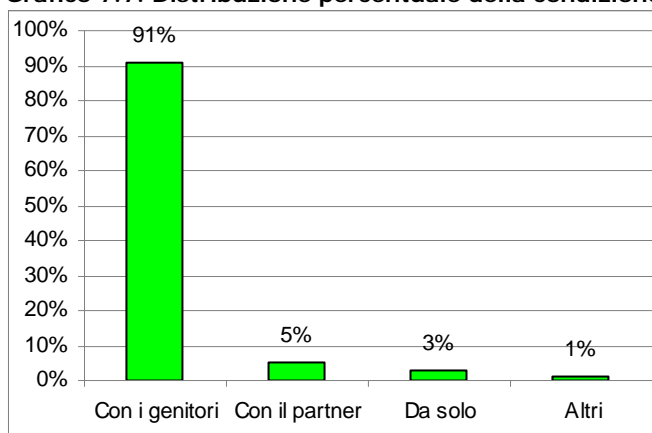
Grafico 7.6. Distribuzione percentuale del livello di istruzione.



Elaborazione su dati Osservatorio Territoriale Droga e Tossicodipendenze-ASL MI2

Per quanto riguarda la loro condizione abitativa, la maggior parte di loro vive con i genitori (91%); come si rileva dal grafico sottostante solo il 9% dei ragazzi giunti a colloquio, infatti, non vive più in famiglia.

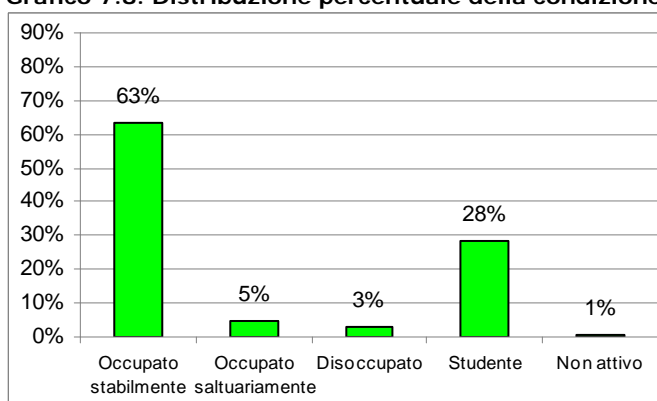
Grafico 7.7. Distribuzione percentuale della condizione abitativa.



Elaborazione su dati Osservatorio Territoriale Droga e Tossicodipendenze–ASL MI2

La maggior parte dei ragazzi lavora: il 63% ha un lavoro stabile ed il 5% saltuario; il 28%, invece, di loro è ancora all'interno del circuito scolastico.

Grafico 7.8. Distribuzione percentuale della condizione occupazionale.

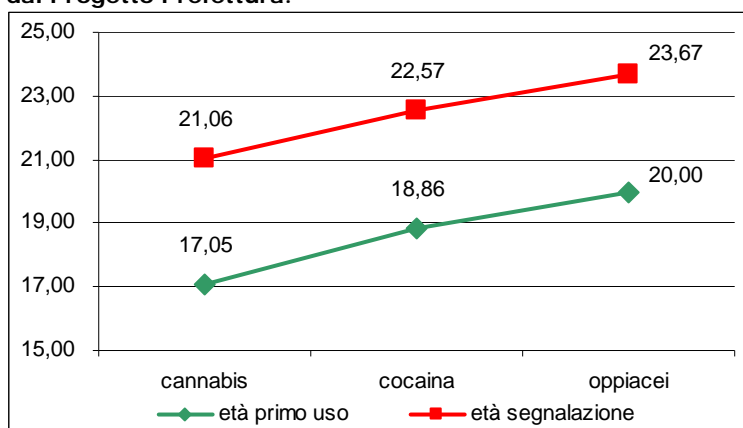


Elaborazione su dati Osservatorio Territoriale Droga e Tossicodipendenze–ASL MI2

Tra ragazzi giunti a colloquio per la prima segnalazione risultano differenze per quanto riguarda l'età media di primo utilizzo che è pari a 17 anni per coloro che utilizzano cannabis; si passa a 18,9 per coloro che sono stati segnalati per cocaina ed, infine, a 20 per coloro che sono stati segnalati per oppiacei (Grafico 7.9).

Analizzando il tempo di latenza che intercorre tra il primo utilizzo della sostanza e la prima segnalazione, si nota che è leggermente più lungo per chi ha consumato cannabis rispetto a chi ha consumato cocaina od oppiacei (Grafico 7.9). Il tempo di latenza medio per i segnalati per cannabis è, infatti, pari a 4 anni essendo di 17 anni l'età media di inizio uso 21 quella di segnalazione. Per i segnalati per cocaina ed oppiacei, invece, il tempo di latenza media è di poco superiore ai 3 anni e mezzo.

Grafico 7.9. Distribuzione dei valori medi (in anni) dell'età di primo utilizzo della sostanza di segnalazione e dell'età della prima segnalazione dei soggetti segnalati dal Progetto Prefettura.



Elaborazione su dati Osservatorio Territoriale Droga e Tossicodipendenze–ASL MI2

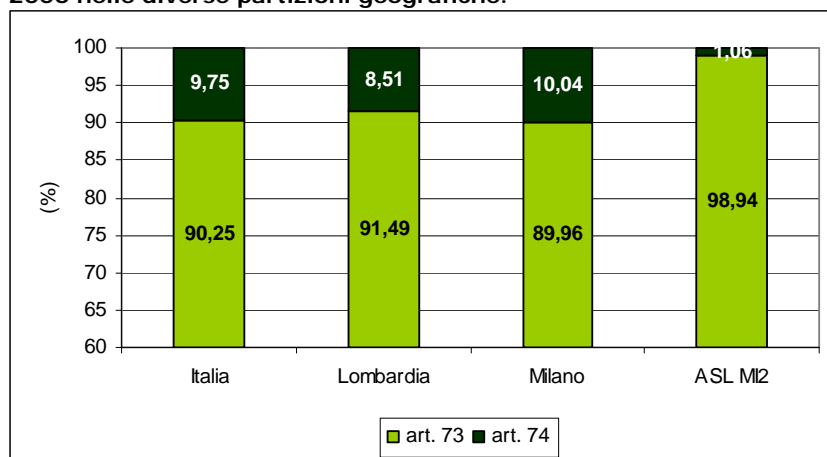
7.2 REATI DROGA CORRELATI

7.2.1 Denunce per reati previsti dal DPR 309/90

Nel corso del 2006 in Italia sono state effettuate 32.807 denunce, di cui 5.102 in Lombardia, 2.371 a Milano ed, in particolare, 188 nei comuni di competenza dell'ASL MI2.

Quasi il 10% delle denunce ha riguardato il reato di associazione finalizzata alla produzione, traffico e vendita di stupefacenti (art. 74), quota che rimane sostanzialmente stabile nella Regione e nella provincia di Milano (rispettivamente il 9% ed il 10%) e scende all'1% nei comuni della ASL. Gli altri reati previsti dalla specifica normativa hanno riguardato meno dell'1% delle denunce effettuate in Italia ed in Lombardia e sono del tutto assenti a livello provinciale (Grafico 7.10).

Grafico 7.10. Distribuzione percentuale delle denunce per artt. 73 e 74 effettuate nel 2006 nelle diverse partizioni geografiche.



Elaborazione su dati del Ministero dell'Interno – DCSA (aggiornamento al 31 gennaio 2007)

Il numero stimato di soggetti denunciati per i soli articoli 73 e 74 è stato di 31.807 in Italia di cui, come per le denunce, circa il 15% in Lombardia, il 7% a Milano e meno dell'1% nei comuni di competenza della ASL.

Rispetto alla popolazione residente nelle aree di interesse, nel 2006 in Italia ed in Lombardia sono stati denunciati circa 8 soggetti ogni 10.000 residenti tra i 15 ed i 64 anni, circa 9 a Milano e 5 nei comuni della ASL. Standardizzando per età sulla popolazione italiana, il tasso osservato a livello comunale si attesta a circa 5x10.000, risultando piuttosto vicino a quello della Regione (5,5x10.000), mentre nella Provincia di Milano tale valore è di circa il 9x10.000.

Circa il 90% dei denunciati per questi reati è di sesso maschile, percentuale che sale al 94% passando dal livello regionale a quello dell'area MI2 (circa il 91% in Lombardia ed il 93% nella provincia di Milano).

Gli stranieri, poco meno del 29% in Italia, rappresentano il 50% dei denunciati in Lombardia ed il 53% ed il 52% rispettivamente nella provincia e nei comuni afferenti alla ASL.

Ad eccezione dell'area MI2, in cui il numero di denunciati per associazione finalizzata al traffico è esiguo (2 soggetti), in tutte le altre partizioni geografiche, gli italiani risultano coinvolti nel reato più grave previsto dall'art. 74 in proporzione maggiore rispetto agli stranieri (circa l'11%

contro l'8% in Italia, il 9% contro l'8% in Lombardia, il 13% contro l'8% a Milano).

L'età media dei denunciati è di circa 30 anni in Italia e nella ASL MI2, circa 31 in Lombardia e quasi 32 nella Provincia di Milano, complessivamente più elevata tra i deferiti per l'art. 74 e tra gli italiani (Tabella 7.1).

Tabella 7.1. Distribuzione dell'età media e deviazioni standard degli italiani e stranieri denunciati per art. 73 e 74 nelle diverse partizioni geografiche.

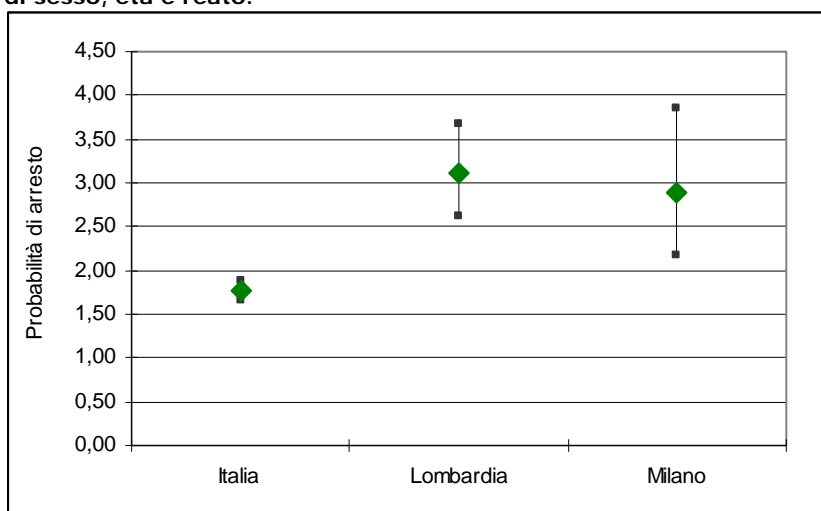
	Totale Denunciati		Art. 73		Art. 74	
	Media	DS	Media	DS	Media	DS
Italiani	30,57	9,87	30,02	9,69	35,17	10,13
Stranieri	29,95	8,41	29,60	8,30	33,79	8,65
Italia	30,39	9,48	29,90	9,31	34,84	9,81
Italiani	32,00	10,20	31,43	10,02	37,61	10,28
Stranieri	30,18	8,45	29,81	8,31	34,21	8,93
Lombardia	31,09	9,41	30,61	9,23	36,01	9,80
Italiani	33,51	10,46	32,78	10,34	38,11	10,06
Stranieri	30,26	8,77	29,71	8,47	36,80	9,70
Milano	31,79	9,74	31,11	9,49	37,60	9,92
Italiani	30,28	10,34	30,28	10,34		
Stranieri	28,92	8,56	28,78	8,61	35,00	1,41
ASL MI2	29,56	9,44	29,50	9,48	35,00	1,41

Elaborazione su dati del Ministero dell'Interno – DCSA (aggiornamento al 31 gennaio 2007)

Senza differenze di rilievo in base al tipo di reato, l'emanazione dei provvedimenti restrittivi ha riguardato circa il 79% dei denunciati in Italia, l'83% in Lombardia, l'88% a Milano ed il 93% nell'area ASL MI2.

A parità di reato, sesso ed età, complessivamente tali provvedimenti riguardano più gli stranieri che gli italiani (Grafico 7.11) con probabilità che arrivano a triplicarsi per gli immigrati denunciati in Lombardia ed a Milano (rispettivamente OR 3,1 e 2,9; $p < 0,05$). In particolare nell'area di competenza della ASL tali provvedimenti hanno riguardato il 100% dei denunciati di nazionalità estera e l'85% degli italiani.

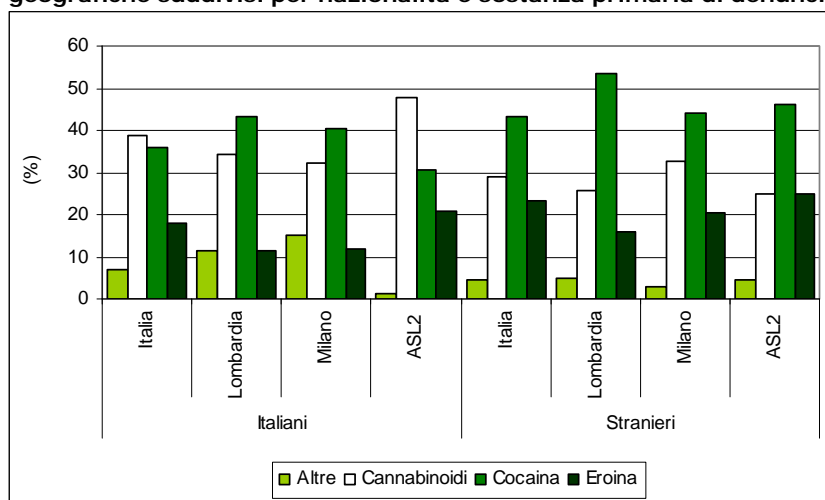
Grafico 7.11. Distribuzione nelle diverse partizioni geografiche del rischio per gli stranieri rispetto agli italiani di essere sottoposti a provvedimenti restrittivi, a parità di sesso, età e reato.



Elaborazione su dati del Ministero dell'Interno – DCSA (aggiornamento al 31 gennaio 2007)

In tutte le partizioni geografiche considerate, la sostanza primaria di denuncia più frequente è la cocaina, seguita dai cannabinoidi (sia derivati che piante) e, a distanza, dall'eroina. La quota di denunciati per cocaina è, infatti, di circa il 38% in Italia, il 48% in Lombardia, il 43% a Milano ed il 39% nell'ASL MI2, mentre quella per i cannabinoidi rispettivamente circa il 36%, il 30%, il 32% ed il 36%. I deferiti per eroina rappresentano, infine, rispettivamente circa il 20% dei denunciati, il 14%, il 16% ed il 23%. Distinguendo per nazionalità, si osserva inoltre che, in tutte le aree considerate, le quote di denunciati per eroina e cocaina risultano superiori tra gli stranieri rispetto agli italiani (Grafico 7.12).

Grafico 7.12. Distribuzione percentuale dei denunciati nelle diverse partizioni geografiche suddivisi per nazionalità e sostanza primaria di denuncia.

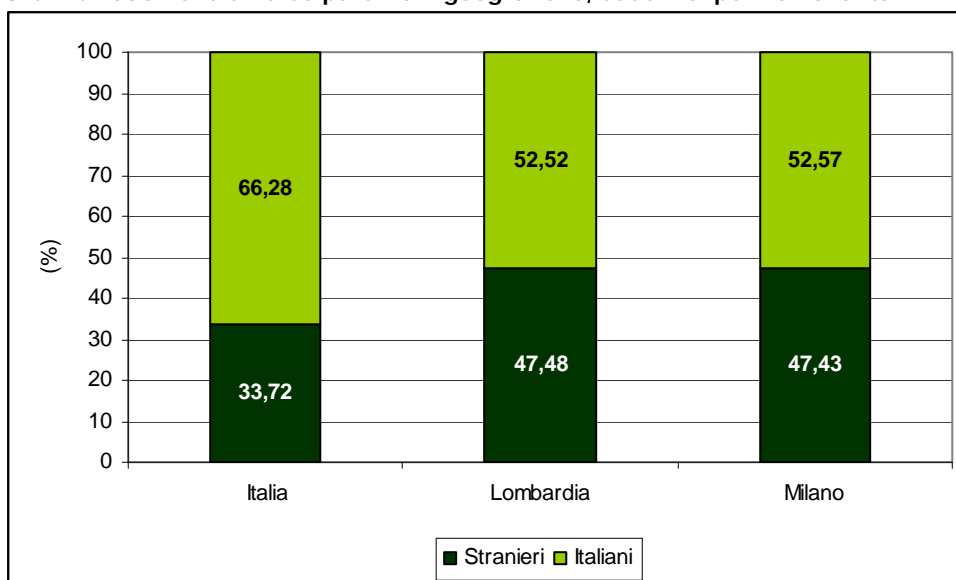


Elaborazione su dati del Ministero dell'Interno – DCSA (aggiornamento al 31 gennaio 2007)

7.3 POPOLAZIONE CARCERARIA PER REATI CONNESSI ALLA NORMATIVA SUGLI STUPEFACENTI

Alla data del 31 dicembre 2006, in Italia risultavano presenti 39.005 detenuti, di cui 3.064 in Lombardia e 1.669 nella provincia di Milano. (Le presenze, nettamente inferiori a quelle rilevate l'anno precedente, risentono probabilmente dell'effetto indulto. Al 30 giugno 2006, infatti, si contavano 61.264 presenti in Italia, 8.905 in Lombardia e 4.679 a Milano). In Lombardia e nelle strutture milanesi, la proporzione di stranieri risulta complessivamente più elevata rispetto a quanto evidenziabile sull'intero territorio nazionale, arrivando ad essere di poco inferiore al 50% contro poco più del 33% dell'Italia (Grafico 7.13).

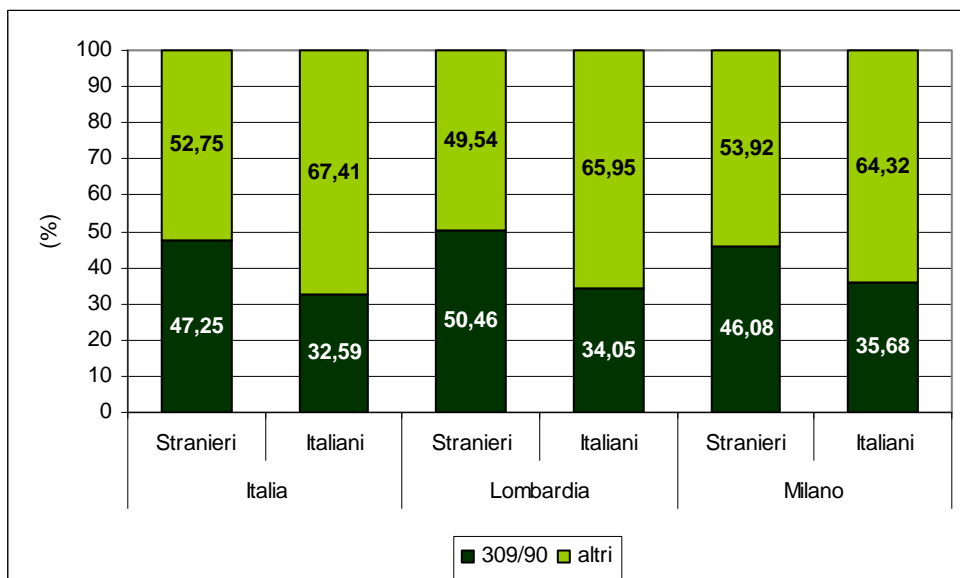
Grafico 7.13. Distribuzione percentuale dei detenuti presenti in carcere alla data del 31/12/2006 nelle diverse partizioni geografiche, suddivisi per nazionalità.



Elaborazioni su dati del Ministero della giustizia. Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria

Tra i presenti a fine anno, la proporzione di detenuti per reati ascrivibili al traffico di stupefacenti era di circa il 38% in Italia e quasi il 42% ed il 41% rispettivamente in Lombardia e nelle strutture della provincia (Grafico 7.14).

Grafico 7.14. Distribuzione della proporzione di reati connessi alla normativa sugli stupefacenti ed altri crimini tra gli italiani e stranieri presenti in carcere alla data del 31/12/2006 nelle diverse partizioni geografiche.

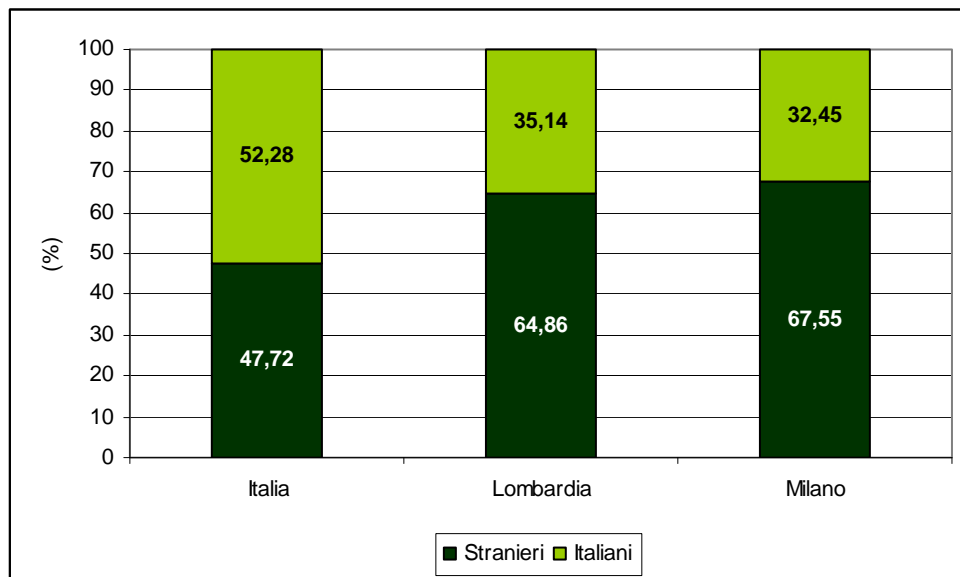


Elaborazioni su dati del Ministero della giustizia. Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria

Quadro simile emerge dall'analisi dei dati relativi agli ingressi registrati nel corso dell'anno.

Nel 2006 in Italia si sono registrati 90.714 ingressi, 14.595 in Lombardia e 7.211 nelle strutture milanesi. Tra questi, la proporzione di stranieri passa rispettivamente da poco meno del 48% a più del 60% (Grafico 7.15).

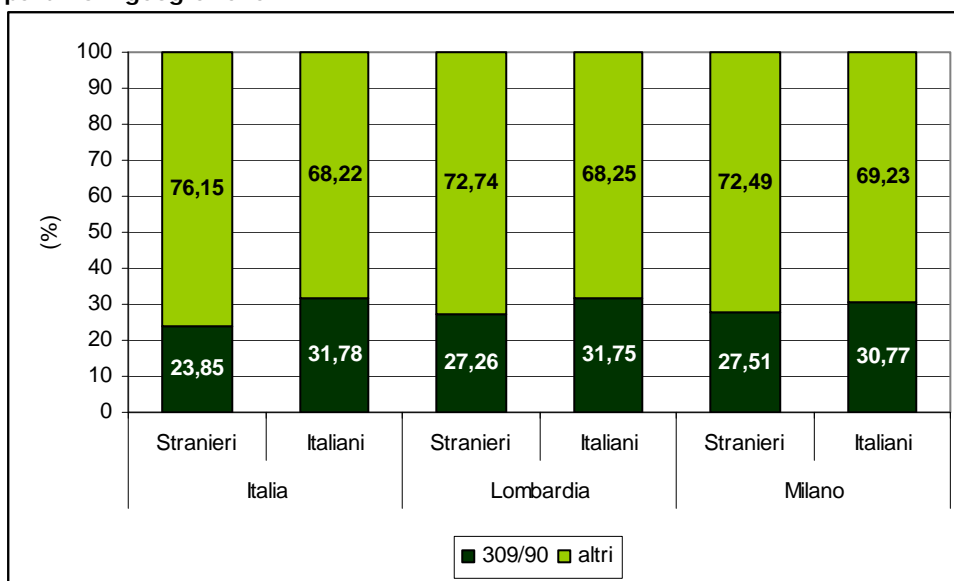
Grafico 7.15. Distribuzione della quota di italiani e stranieri entrati dalla libertà nel 2006 nelle diverse partizioni geografiche.



Elaborazioni su dati del Ministero della giustizia. Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria

I reati commessi in violazione della normativa sugli stupefacenti riguardano poco più di un quarto degli ingressi (valori oscillanti tra il 28% in Italia e poco meno del 29% in Lombardia e Milano) e complessivamente più gli italiani degli stranieri, anche se tale differenza risulta meno marcata passando dal livello nazionale a quello provinciale (Grafico 7.16).

Grafico 7.16. Distribuzione della proporzione di reati connessi al DPR 309/90 ed altri crimini tra gli italiani e gli stranieri entrati dalla libertà nel 2006 nelle diverse partizioni geografiche.



Elaborazioni su dati del Ministero della giustizia. Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria

8. RISPOSTE ALLE IMPLICAZIONI E CONSEGUENZE SOCIALI

8.1 Reinserimento sociale

8.1.1 Alloggio

8.1.2 Istruzione e formazione

8.1.3 Occupazione

8.1.4 Assistenza sociale di base

8.2 Misure alternative al carcere per tossicodipendenti

8. RISPOSTE ALLE IMPLICAZIONI E CONSEGUENZE SOCIALI

8.1 REINSERIMENTO SOCIALE

In base alle risposte fornite dalla Regione Lombardia al questionario strutturato dell'EMCDDA sul reinserimento sociale dei consumatori ed ex consumatori di droga, nel 2006 risulta attivo, all'interno di una strategia regionale sulle droghe, il "Progetto Regionale per l'inserimento lavorativo delle persone con problemi di dipendenza", adottato dal 2004, i cui obiettivi principali riguardano la promozione di relazioni di sussidiarietà locale, di integrazione con le attività dei servizi e la definizione di un modello di intervento che valorizzi le procedure di inserimento lavorativo.

Si segnala, inoltre, a livello regionale un organismo di coordinamento per il reinserimento sociale dei tossicodipendenti (o ex), finalizzato alla gestione dell'erogazione dei trattamenti, al monitoraggio e alla valutazione.

Complessivamente, gli ambiti di intervento specifici sono connessi a 4 aree relative all'alloggio, all'istruzione/formazione, all'occupazione e all'assistenza sociale di base.

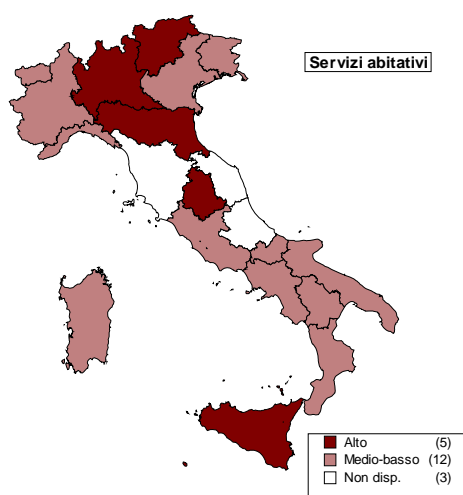
8.1.1 Alloggio

La Regione Lombardia ha previsto nel 2006 interventi o servizi per l'alloggio rivolti sia in modo specifico ai consumatori ed ex consumatori di droga, che ad essi in quanto categoria socialmente svantaggiata: tali interventi sono stati giudicati dalla stessa Regione con una buona *accessibilità* (il termine indica la misura in cui il servizio è aperto ed accessibile ai consumatori ed ex consumatori di droga) e *disponibilità* (indica in che misura i consumatori ed ex consumatori di droga sono effettivamente raggiunti dall'intervento).

Inoltre, si segnalano attive nel 2006 strutture residenziali specializzate per il reinserimento sociale di tossicodipendenti (o ex), oltre che altri interventi più a lungo termine, quali per esempio sussidi per l'affitto, rivolti a soggetti socialmente svantaggiati, ai quali possono accedere anche i tossicodipendenti: entrambe tali tipologie di intervento sono state considerate positivamente in termini di accessibilità e disponibilità per i consumatori ed ex consumatori di sostanze.

Complessivamente, la Regione Lombardia, caratterizzandosi per una buona fornitura e differenziazione di servizi abitativi erogati ai soggetti tossicodipendenti (o ex), si colloca in tale ambito d'intervento all'interno di un quadro nazionale che vede per lo più le Regioni del nord essere le più attive (Grafico 8.1).

Grafico 8.1. Distribuzione dei livelli di fornitura dei servizi abitativi a livello regionale. Anno 2006.

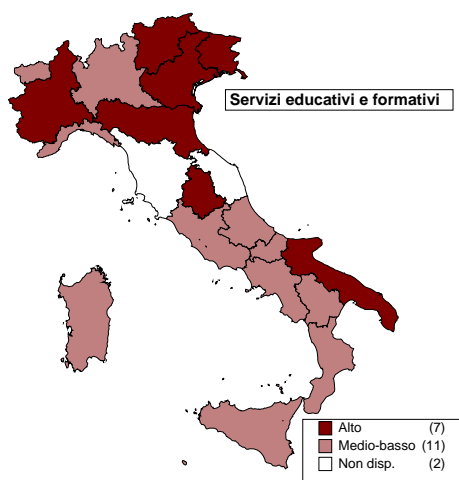


Rilevazione Questionari Strutturati EMCDDA nelle Regioni

8.1.2 Istruzione e formazione

Se in merito agli interventi volti al completamento dell'istruzione di base e/o secondaria indirizzati a consumatori ed ex consumatori (sia in quanto tali sia come categoria svantaggiata) non si registrano interventi attivi nel 2006 nella Regione Lombardia, nel settore della formazione professionale si segnalano progetti attivi rivolti ai tossicodipendenti (o ex), con buoni giudizi in termini di accessibilità e disponibilità; non sono, invece, previsti interventi a cui possa accedere tale target in quanto categoria socialmente svantaggiata. In questo modo, la Regione Lombardia si caratterizza per medio-bassi livelli di fornitura e differenziazione di servizi educativi e formativi erogati ai soggetti tossicodipendenti (o ex), vista la lacuna in termini di servizi volti al completamento dell'istruzione scolastica (Grafico 8.2).

Grafico 8.2. Distribuzione dei livelli di fornitura dei servizi educativi e formativi a livello regionale. Anno 2006.



Rilevazione Questionari Strutturati EMCDDA nelle Regioni

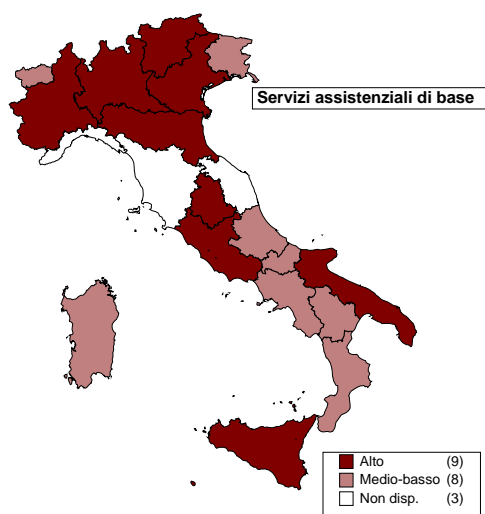
8.1.3 Occupazione

L'inserimento lavorativo di soggetti consumatori ed ex consumatori di droga è un altro settore in cui la Regione registra interventi attivi nel 2006, attraverso l'erogazione di borse lavoro e/o tirocini, rivolti esclusivamente ai tossicodipendenti (o ex), valutati positivamente, mentre non se ne registrano verso tale target in quanto categoria socialmente svantaggiata.

8.1.4 Assistenza sociale di base

Tra le altre tipologie di intervento volto al reinserimento sociale si segnalano attive a livello Regionale l'assistenza sociale e psicologica per le relazioni sociali e familiari dei consumatori (o ex) di sostanze, l'assistenza legale, la sistemazione temporanea di pronta accoglienza di soggetti tossicodipendenti (o ex), le attività di impiego del tempo libero: tali attività sono state valutate positivamente dalla Regione, posizionandola tra le Regioni, prevalenti nel nord Italia (Grafico 8.3), che offrono una più alta e variegata tipologia di assistenza sociale di base per i soggetti tossicodipendenti.

Grafico 8.3. Distribuzione dei livelli di fornitura dei servizi assistenziali di base a livello regionale. Anno 2006.

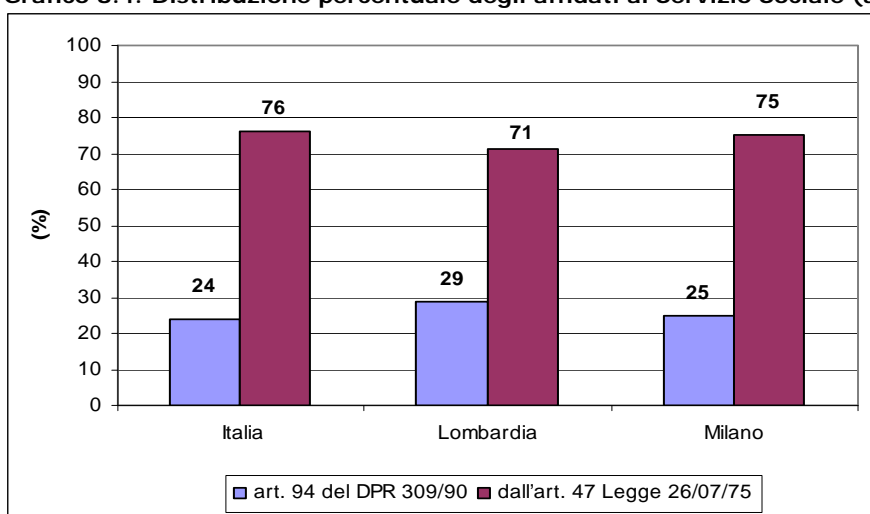


Rilevazione Questionari Strutturati EMCDDA nelle Regioni

8.2 MISURE ALTERNATIVE AL CARCERE PER TOSSICODIPENDENTI

Nel 2006, in Italia, sono state affidate ai Servizi sociali 11.653 persone, 2139 in Lombardia e 1086 nella provincia di Milano. Sostanzialmente in linea con quanto rilevato a livello nazionale, a Milano (Grafico 8.4) la quota di soggetti che hanno iniziato o proseguito un programma terapeutico volto al trattamento dello stato di tossicodipendenza¹ (in base a quanto previsto dall'art. 94 del DPR 309/90) è pari al 25% dell'intero collettivo, il restante 75% risulta costituito da persone in affidamento per l'esecuzione di pene non superiori ai tre anni (come previsto dall'art. 47 della Legge 26 luglio 1975, n. 354 e succ. modifiche).

Grafico 8.4. Distribuzione percentuale degli affidati al Servizio Sociale (anno 2006).

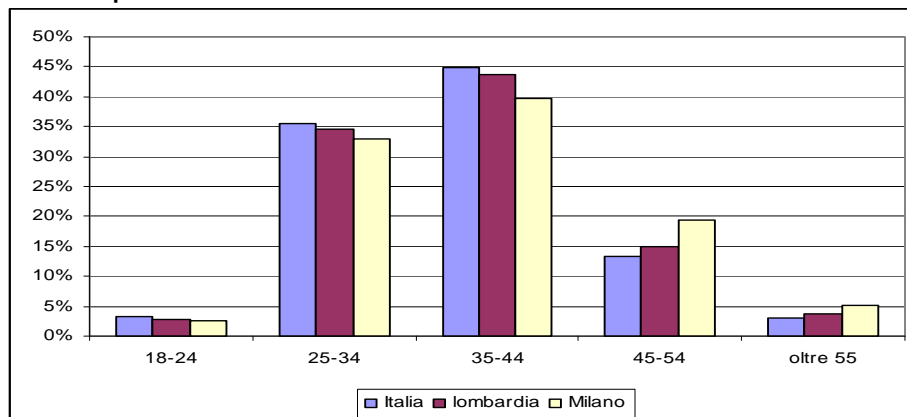


Elaborazioni su dati del Ministero della Giustizia–Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria-Direzione Generale dell'esecuzione Penale Esterna

L'età media degli affidati per art. 94 è circa 39, 38 e 37 anni rilevati rispettivamente a Milano, in Lombardia e in Italia (Grafico 8.5). A livello nazionale non si evidenziano particolari differenze in base alla nazionalità ed al sesso, a Milano ed in Lombardia l'età media, invece, varia tra i 39 anni per i maschi e 36 per le femmine ed i 38 per gli Italiani e 33 degli stranieri.

¹ L'affidamento in prova al servizio sociale in casi particolari (art. 94 TU 309.90) riguarda sia i tossicodipendenti che gli alcolicodipendenti, nella quasi totalità dei casi si tratta però di soggetti tossicodipendenti.

Grafico 8.5. Distribuzione percentuale, per classi di età, dei soggetti tossicodipendenti affidati al Servizio Sociale.

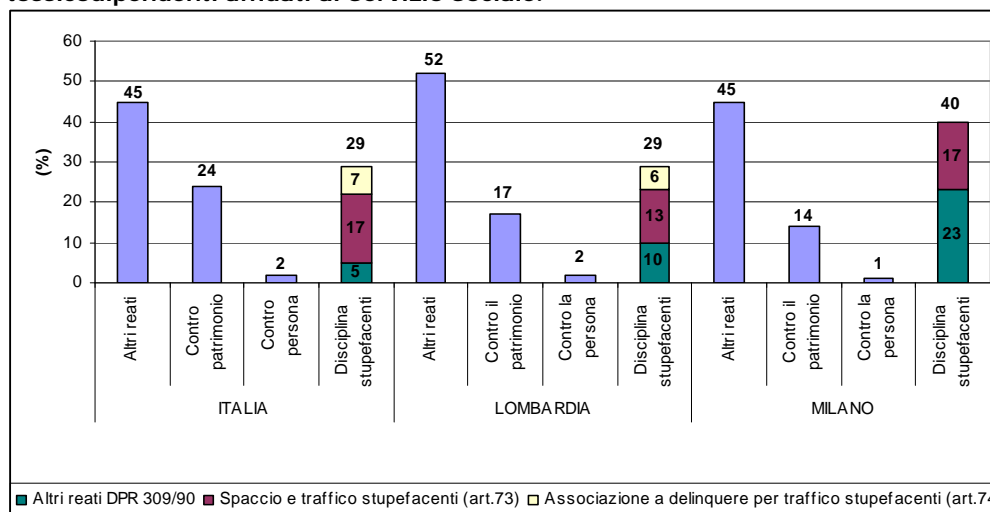


Elaborazioni su dati del Ministero della Giustizia–Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria-Direzione Generale dell'esecuzione Penale Esterna

Sempre all'interno del gruppo degli affidati per iniziare o proseguire un programma terapeutico volto al trattamento dello stato di tossicodipendenza, gli stranieri rappresentano circa il 4% dell'intero collettivo all'interno di tutte e tre le partizioni geografiche considerate; cala invece la quota di femmine che passano dall'8% rilevato a livello nazionale, al 6% della Lombardia e al 5% della provincia di Milano.

A Milano, hanno commesso reati in violazione della disciplina sugli stupefacenti (DPR 309/90) circa il 40% dei tossicodipendenti affidati agli uffici di esecuzione penale esterna (Grafico 8.6); in particolare il 23% è condannato per reati meno gravi di produzione, vendita e traffico (art. 73) ed il rimanente 17% per altri reati previsti dalla stessa normativa (non si evidenziano reati commessi in violazione dall'art. 74 che riguarda l'associazione finalizzata al traffico di sostanze).

Grafico 8.6. Distribuzione percentuale, per reato commesso, dei soggetti tossicodipendenti affidati al Servizio Sociale.



Elaborazioni su dati del Ministero della Giustizia–Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria-Direzione Generale dell'esecuzione Penale Esterna

9. ANALISI DEI COSTI E PRESTAZIONI

9.1 Le prestazioni tariffarie

- 9.1.1 Le prestazioni tariffate per macroaggregazione
- 9.1.2 Le prestazioni tariffate per Unità Operativa
- 9.1.3 I ricavi

9.2 Simulazione dei ricavi da prestazioni tariffarie nel 2006

9.3 Le prestazioni rese a soggetti con diversa sostanza d'abuso primaria

- 9.3.1 Volume medio di prestazioni per utente e ricavi medi

9.4 Analisi dei cluster

9. ANALISI DEI COSTI E PRESTAZIONI

Nel 2006 è continuata ed entrata a regime l'applicazione del sistema "prestazioni tariffate" per la valorizzazione economica delle attività dei SerT.

I mesi di sperimentazione del 2005 hanno permesso di affinare e rendere omogenee all'interno delle UO SerT le modalità di raccolta del dato, permettendo, per il 2006, di raggiungere risultati validi e significativi sia da un punto di vista della "veridicità" del dato stesso, sia della sua "confrontabilità".

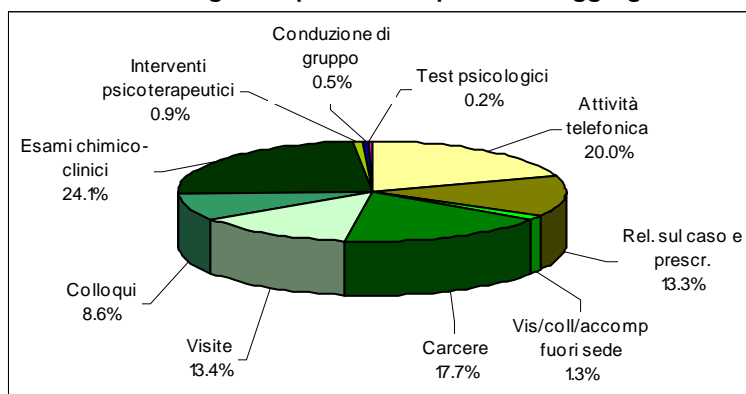
9.1 LE PRESTAZIONI TARIFFARIE

9.1.1 Le prestazioni tariffate per macro-aggregazione

Il Grafico seguente illustra la distribuzione percentuale delle prestazioni erogate nel 2006 a tutti gli utenti afferenti alle UO del Servizio Territoriale delle Dipendenze.

Gli esami, le visite e i colloqui, l'attività telefonica sono le tipologie di prestazioni che risultano maggiormente erogate nelle sedi territoriali.

Grafico 9.1. Mixing delle prestazioni per macroaggregazione. Anno 2006.



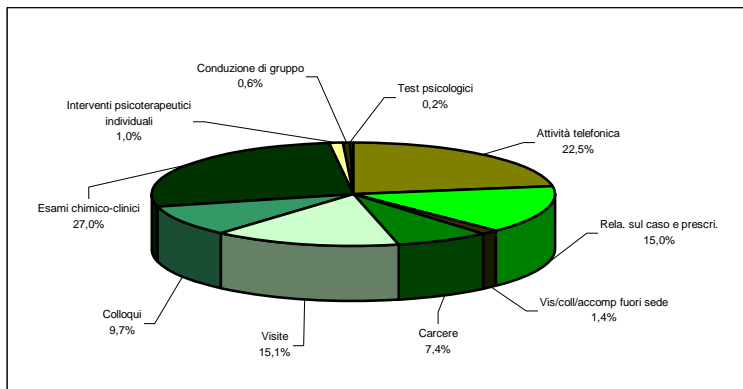
Elaborazione su dati Osservatorio Territoriale Droga e Tossicodipendenze-ASL MI2

Il Grafico evidenzia come la tipologia "carcere" (tutte le tipologie di prestazioni erogate all'interno del carcere) rappresenti una quota abbastanza significativa del totale.

In realtà questa tipologia prevede anche la rilevazione della prestazione "somministrazione farmaci"; il sistema di tariffazione delle prestazioni prevede la valorizzazione di questa prestazione, e quindi la sua rilevazione puntuale, solo per l'attività resa all'interno del Carcere, mentre per tutte le altre UO è compresa nella quota forfetaria prevista per ogni utente in carico.

Il Grafico successivo illustra quanto questa attività (somministrazione farmaci) pesi sul volume totale delle prestazioni "carcere" e, a ricaduta, sulla distribuzione percentuale di tutte le tipologie di prestazioni rese nell'anno.

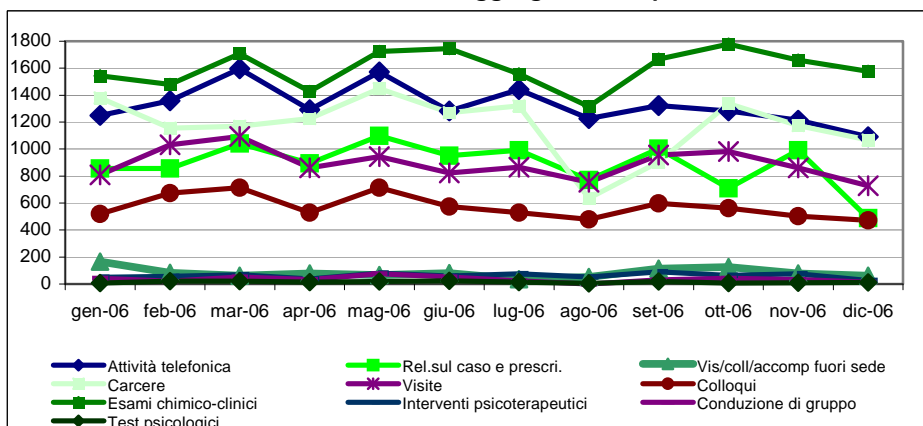
Grafico 9.2. Mixing delle prestazioni per macroaggregazione: tipologia "carcere" senza "somministrazione farmaci". Anno 2006.



Elaborazione su dati Osservatorio Territoriale Droga e Tossicodipendenze-ASL MI2

Risulta evidente che tale tipologia di prestazione rappresenta più del 50% del volume di tutte quelle erogate nell'anno dall'UO SerT Carcere. I dati e i grafici successivi analizzano tutto il volume di prestazioni reso nell'anno 2006.

Grafico 9.3. Andamento mensile delle aggregazioni di prestazioni. Anno 2006.



Elaborazione su dati Osservatorio Territoriale Droga e Tossicodipendenze-ASL MI2

Le tipologie con volumi d'attività meno numerosi (attività di psicoterapia, conduzioni di gruppi, somministrazione di test) hanno i valori generalmente più costanti nel corso dell'anno, senza variazioni particolarmente significative.

Nella tipologia "carcere" è evidente la ricaduta che l'indulto può aver avuto sull'attività dell'UO nei mesi di agosto e settembre 2006, per poi riassetarsi sui valori medi nell'arco di due mesi.

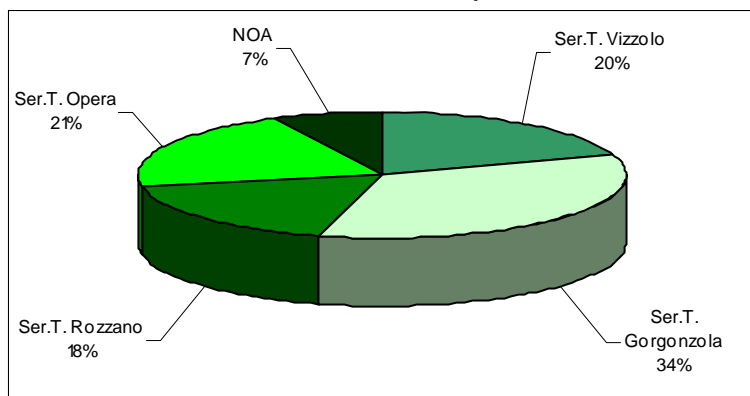
Le variazioni delle altre tipologie si possono ricondurre all'andamento della domanda di trattamento e ad aspetti per così dire *fisiologici*: attività di formazione, ferie, malattia (tutti eventi più frequenti nella seconda metà dell'anno).

Le tipologie più stabili raggruppano prestazioni rese esclusivamente da alcuni medici e psicologi e quindi da un numero di professionisti meno numeroso rispetto a quello delle altre tipologie, alle quali concorrono tutti i profili professionali delle équipe multidisciplinari e per le quali le ricadute (indicate sopra come "fisiologiche") sono quantitativamente più rilevanti.

9.1.2 Le prestazioni tariffate per Unità Operativa

Nella distribuzione percentuale del volume complessivo delle prestazioni per UO, la quota più alta (34%) è relativa al SerT di Gorgonzola, seguito dal SerT carcere di Opera (21%) e da quello di Vizzolo (20%).

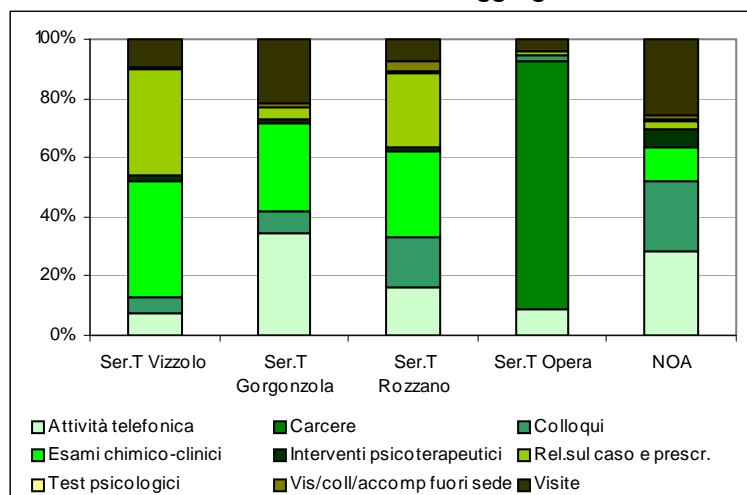
Grafico 9.4. Distribuzione dei volumi di prestazioni nelle UO del SerT. Anno 2006.



Elaborazione su dati Osservatorio Territoriale Droga e Tossicodipendenze-ASL MI2

Nel SerT di Vizzolo le aggregazioni di attività prevalenti sono gli "esami clinici" e le "relazioni/prescrizioni", in quello di Gorgonzola "l'attività telefonica" e gli "esami clinici" seguiti dalle "visite", nel SerT di Rozzano gli "esami clinici" sono l'attività prevalente, percentualmente di poco inferiori le "relazioni/prescrizioni" seguite poi dai "colloqui"; nel NOA "l'attività telefonica", le "visite" e i "colloqui" risultano essere le tipologie maggiormente erogate.

Nel SerT carcere, naturalmente, più dell'80% delle attività sono quelle raggruppate nella tipologia "carcere" (Grafico 9.5).

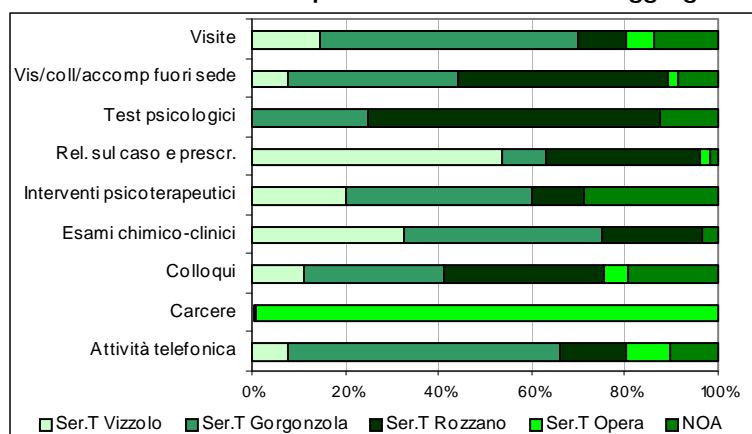
Grafico 9.5. Distribuzione delle macro-aggregazioni nelle UO dei SerT. Anno 2006.

Elaborazione su dati Osservatorio Territoriale Droga e Tossicodipendenze–ASL MI2

Analizzando lo stesso dato, ma visualizzando in che percentuale le UO concorrono ad ogni macroaggregazione (Grafico 9.6), si può notare che, per un valore percentuale superiore al 50%, Gorgonzola effettua "l'attività telefonica" e le "visite", Vizzolo le "relazioni/prescrizioni", Rozzano i "test psicologici"; Opera, naturalmente, concorre alla tipologia "carcere" per una quota superiore al 99%.

Gli "esami clinici" sono svolti prevalentemente da Gorgonzola e Vizzolo, le "visite/colloqui/accompagnamenti fuori sede" e i "colloqui" da Rozzano e Gorgonzola, gli "interventi psicoterapeutici" da Gorgonzola e dal NOA.

Tutte queste distribuzioni sono dovute allo specifico che caratterizza le diverse UO (es. i gruppi alcolici), al tipo di organizzazione del lavoro, alla conformazione delle équipe.

Grafico 9.6. Distribuzione per UO SerT delle macro-aggregazioni. Anno 2006.

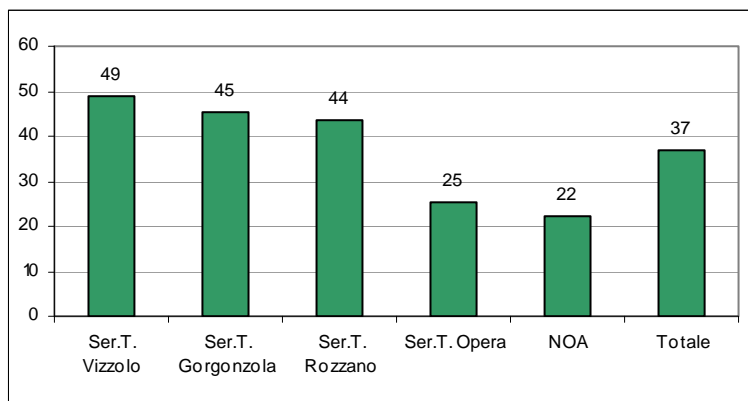
Elaborazione su dati Osservatorio Territoriale Droga e Tossicodipendenze–ASL MI2

Il rapporto tra il numero totale delle prestazioni rese all'utenza e il numero dei pazienti (flusso) in carico nel 2006 è di 35 prestazioni/anno per utente, inferiore al valore del 2005 pari a 41,3 prestazioni/anno per utente.

Nel 2006, il range dei valori riferiti alle UO SerT oscilla tra il valore minimo di 44 prestazioni/anno per utente relativo al SerT di Rozzano e quello massimo di 49 prestazioni/anno per utente rilevato a Vizzolo, Gorgonzola ha una media di 45 prestazioni/anno; di fatto i valori risultano abbastanza omogenei.

Decisamente più bassi i valori del SerT di Opera, con 25 prestazioni/anno per utente e del NOA, con 22 prestazioni/anno per utente ma, motivati per il primo, da un flusso maggiore di utenti a fronte di una presa in carico mediamente più breve e, per il secondo, da una connotazione specialistica diversa dalle altre UO.

Grafico 9.7. Numero di prestazioni per utente per anno nelle UO del SerT. Anno 2006.



Elaborazione su dati Osservatorio Territoriale Droga e Tossicodipendenze-ASL MI2

9.2 SIMULAZIONE DEI RICAVI

La Tabella seguente riporta i ricavi derivanti dal sistema delle prestazioni tariffate. La somma è inferiore del 10,4% circa rispetto alla simulazione del 2005, ma è importante ricordare che, in quel caso, per i primi 4 mesi la rilevazione delle prestazioni non era stata analitica, ma sintetica.

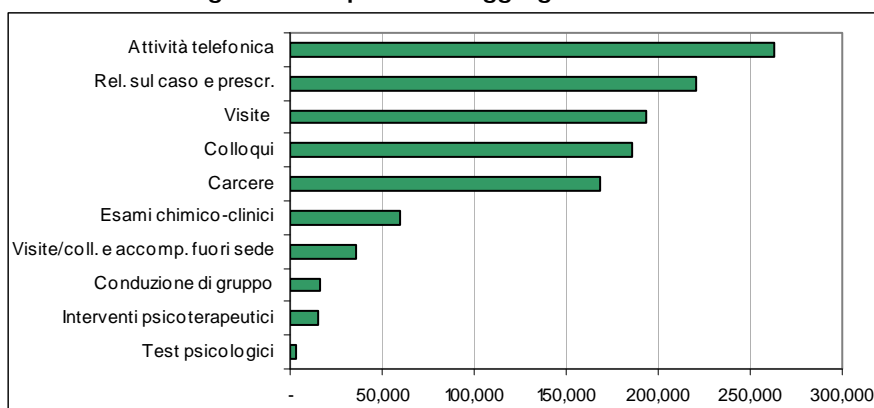
Tabella 9.1. Ricavi ottenibili dalle prestazioni erogate dal SerT secondo le macroaggregazioni. Anno 2006.

Macro-aggregazione di prestazioni	Ricavi 2006
Attività telefonica	€ 263.422
Relazione sul caso e prescrizioni	€ 221.157
Visite/colloqui e accompagnamenti fuori sede	€ 35.983
Carcere	€ 168.842
Visite	€ 193.707
Colloqui	€ 186.373
Esami chimico-clinici	€ 59.371
Interventi psicoterapeutici	€ 14.875
Conduzione di gruppo	€ 16.199
Test psicologici	€ 2.726
TOTALE	€ 1.162.655

Elaborazione su dati Osservatorio Territoriale Droga e Tossicodipendenze–ASL MI2

Come rappresentato nel Grafico 9.8, nel 2006 le tipologie “Attività telefonica” e “Relazione sul caso/prescrizioni” si confermano quelle che rappresentano i ricavi maggiori seguite da “Visite” e da “Colloqui”. Decisamente ancora contenuti, ancorché aumentati del 22,3% rispetto al 2005, i ricavi legati alle attività di psicoterapia, conduzione di gruppi, test.

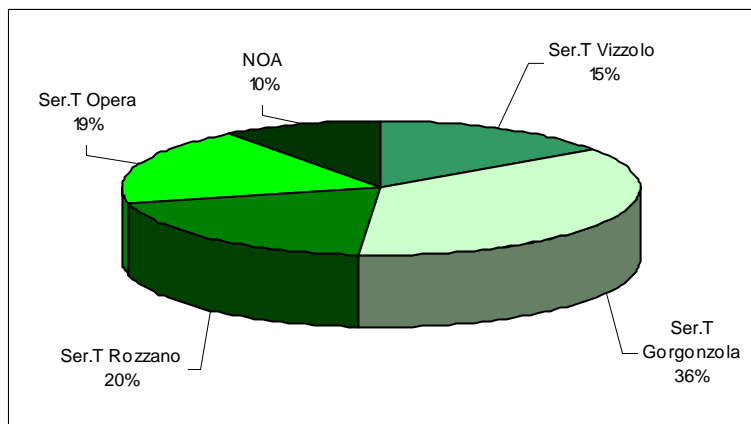
Grafico 9.8. Mixing dei ricavi per macroaggregazione. Anno 2006.



Elaborazione su dati Osservatorio Territoriale Droga e Tossicodipendenze–ASL MI2

L'UO SerT di Gorgonzola contribuisce per circa un terzo (36,4%) ai ricavi complessivi derivanti dalla tariffazione delle prestazioni.

Inferiori le percentuali delle altre UO SerT e tra loro più allineate: Rozzano 19,8%, Opera 18,8%, Vizzolo 15,2%.

Grafico 9.9. Percentuali dei ricavi da prestazione nelle UO dei SerT. Anno 2006.

Elaborazione su dati Osservatorio Territoriale Droga e Tossicodipendenze-ASL MI2

Ai ricavi derivanti dalle prestazioni vere e proprie, è prevista, per gli utenti in carico, la quota forfetaria trimestrale di 190 € ed il finanziamento regionale attribuito per la presenza nell'ASL di alcune Funzioni legate all'intervento sulle dipendenze (osservatorio epidemiologico, prevenzione, drop in, ecc.).

La somma di queste tre voci ci dà la valorizzazione complessiva prevista per il SerT la cui stima ammonta, nell'anno 2006, a circa 3 milioni di euro.

Tabella 9.2. Simulazione dei ricavi ottenibili dal sistema di valorizzazione a prestazioni tariffate. Anno 2006.

	Totale da prestazione	Pazienti	Quota forfetaria (*)	Totale per UO	Funzioni	Totale generale
SerT Vizzolo	€ 176.245	323	€ 196.840	€ 373.085		
SerT Gorgonzola	€ 422.842	603	€ 367.080	€ 789.922		
SerT Rozzano	€ 229.837	324	€ 197.600	€ 427.437		
SerT Opera	€ 218.314	663	€ 252.320	€ 470.634		
NOA	€ 115.417	255	€ 155.040	€ 270.457		
Totale	€ 1.162.655	2.168	€ 1.168.880	€ 2.331.535	€ 530.000	€ 2.861.535

Elaborazione su dati Osservatorio Territoriale Droga e Tossicodipendenze-ASL MI2

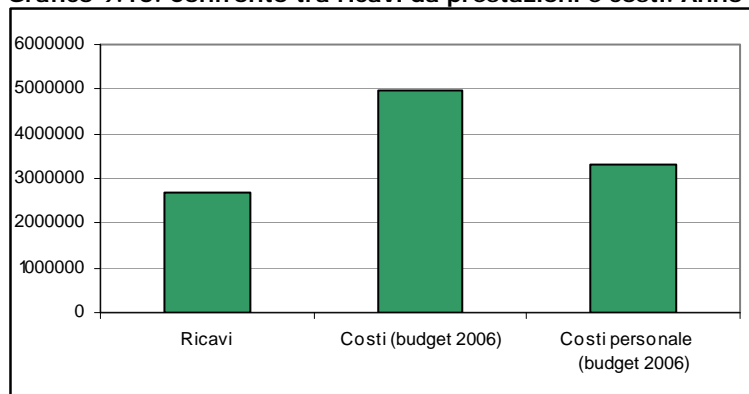
(*) stima calcolata come segue: SerT Vizzolo-Gorgonzola-Rozzano, NOA = 80% del flusso di utenti X 190 € X 4 trimestri

SerT Opera = 50% del flusso di utenti X 190 € X 4 trimestri

Il budget complessivo per il 2006 del Dipartimento T.F./Servizio delle Dipendenze dell'ASL MI2 è di € 4.959.434, e di questi € 3.333.087 sono il costo del personale in servizio, dipendente e non dipendente.

Come rappresentato nel grafico seguente, i ricavi da prestazione sarebbero pari al 58% del budget e all'86% del costo derivante da tutto il personale in servizio nell'anno 2006.

Grafico 9.10. Confronto tra ricavi da prestazioni e costi. Anno 2006.



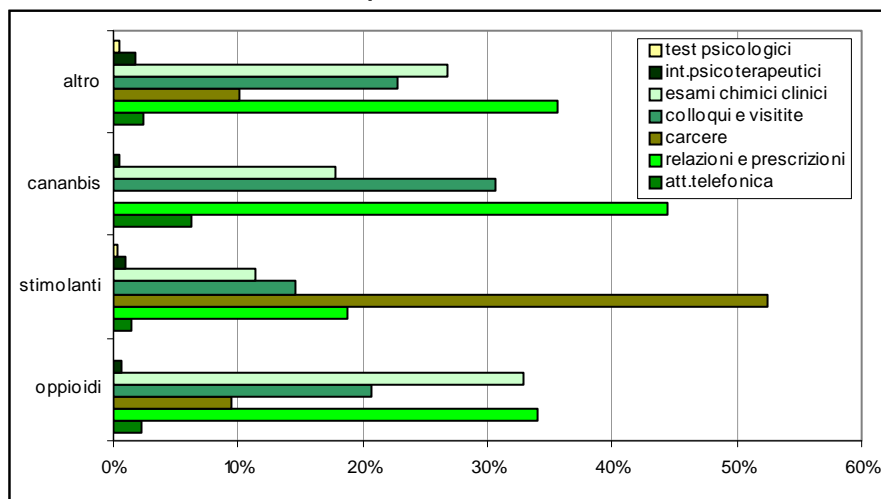
Elaborazione su dati Osservatorio Territoriale Droga e Tossicodipendenze-ASL MI2

9.3 LE PRESTAZIONI RESE A SOGGETTI CON DIVERSA SOSTANZA D'ABUSO PRIMARIA

In questo paragrafo analizzeremo la distribuzione delle prestazioni erogate dalle UO SerT (compreso il SerT del Carcere di Opera), suddivise sulla base delle principali sostanze d'abuso primarie (eroina, cocaina e cannabis) dei soggetti che hanno usufruito delle prestazioni stesse.

L'analisi ha lo scopo di descrivere eventuali differenze nella tipologia di attività rese a questi soggetti, sia tra loro, che rispetto al collettivo generale dei pazienti del Dipartimento. Inoltre, intendiamo evidenziare eventuali differenze nei mixing di prestazione rese a questi soggetti nelle diverse UO SerT.

Grafico 9.11. Distribuzione percentuale delle prestazioni effettuate per tipologia di intervento e sostanza d'abuso primaria. Anno 2006.



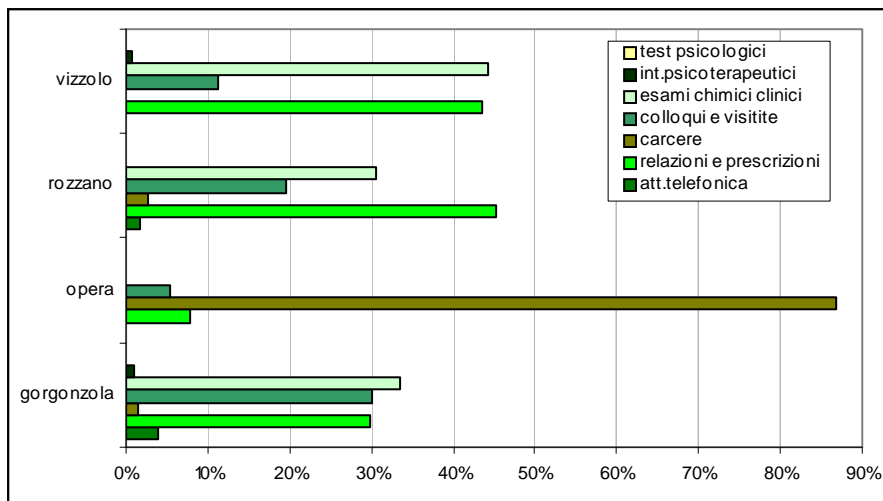
Elaborazione su dati Osservatorio Territoriale Droga e Tossicodipendenze-ASL MI2

Il Grafico 9.11 mostra il mixing delle prestazioni erogate per sostanze d'abuso primaria. Si nota l'alta percentuale di prestazioni carcere rese ai soggetti cocainomani, giustificata dalla notevole presenza nel carcere di Opera di soggetti con questa caratteristica.

Nei soggetti con oppioidi quale sostanza d'abuso primaria prevalgono le relazioni e gli esami, seguiti dalle visite e colloqui. Quindi, pare che questi soggetti necessitino meno di interventi clinici standard (visite, colloqui e counselling) e maggiormente di attività di back office, esami tossicologici o interventi fuori sede, forse perchè portatori di una patologia più cronica.

Nei soggetti in cura per abuso di cannabis prevalgono di gran lunga le relazioni e le prescrizioni, seguite dai colloqui e dagli esami. Questa distribuzione è facilmente spiegabile con il tipo di invio per il quale giungono questi utenti: segnalazioni da prefettura ed organi di sicurezza che richiedono periodiche relazioni e certificazioni circa l'adesione al trattamento e l'esito dello stesso. Una distribuzione percentuale simile a quest'ultima hanno i soggetti n carico per altre sostanze.

Grafico 9.12. Utilizzatori di oppiacei: distribuzione percentuale delle prestazioni effettuate per tipologia di intervento e servizio. Anno 2006.

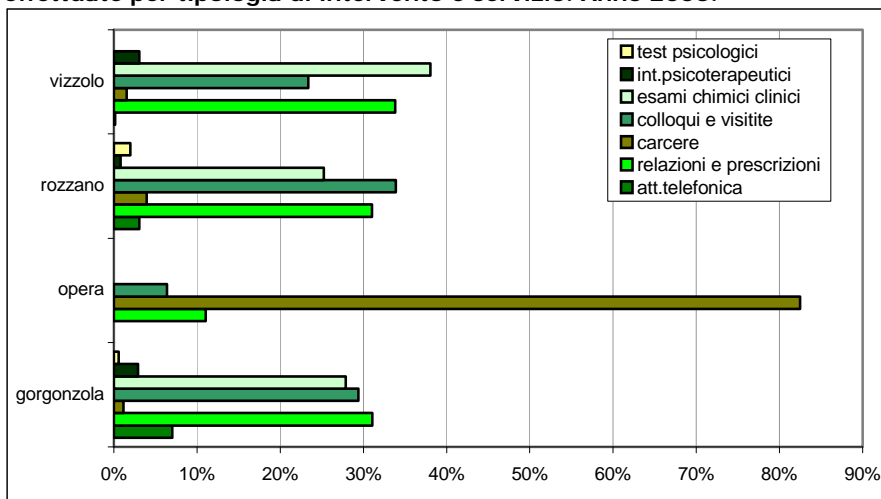


Elaborazione su dati Osservatorio Territoriale Droga e Tossicodipendenze –ASL MI2

La distribuzione delle prestazioni relative a soggetti con sostanza primaria eroina nelle diverse UO SerT del Dipartimento mostra l'andamento mostrato nel Grafico 9.12. A parte il SerT Carcere, che si differenzia nettamente dagli altri per l'ovvia prevalenza assoluta delle attività fuori sede (in Carcere), notiamo anche tra le altre sedi alcune differenze. Gli eroinomani ricevono, in proporzione, più visite e colloqui a Gorgonzola, rispetto a Rozzano e Vizzolo, dove invece prevalgono le certificazioni e le relazioni redatte per questi soggetti e gli esami. A Vizzolo appaiono più intense sugli eroinomani le attività diagnostiche, rispetto a Gorgonzola e a Rozzano. Le psicoterapie sono maggiormente erogate a Gorgonzola e Vizzolo. Infine, l'attività telefonica raggiunge valori percentuali più alti a Gorgonzola.

Il Grafico 9.13 mostra invece lo stesso tipo di distribuzione calcolata per i soggetti in carico per abuso o dipendenza da cocaina.

Grafico 9.13. Utilizzatori di stimolanti: distribuzione percentuale delle prestazioni effettuate per tipologia di intervento e servizio. Anno 2006.

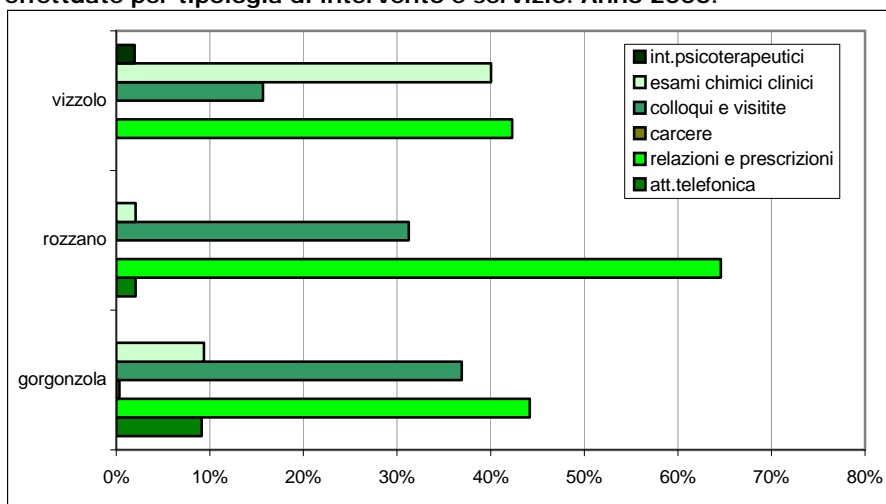


Elaborazione su dati Osservatorio Territoriale Droga e Tossicodipendenze–ASL MI2

Se escludiamo il carcere per la tipologia tipica (attività in carcere) di prestazioni erogate, si nota una variabilità molto minore rispetto a quella osservata per gli eroinomani, anche se persistono delle differenze tra i servizi: ad esempio, a Rozzano si erogano più visite e colloqui a questi pazienti, mentre a Vizzolo prevalgono gli esami tossicologici; le relazioni presentano una percentuale simile in tutti e tre i SerT. Ancora, a Gorgonzola e Vizzolo è più rappresentata l'attività psicoterapeutica, mentre a Rozzano quella testistica.

Alcuni tratti appaiono invece caratteristici del servizio più che della sostanza, visto che sono presenti anche in altre tipologie di utenza: ad esempio, è sempre maggiore l'attività diagnostica di Vizzolo, mentre l'attività telefonica è maggiormente erogata al SerT di Gorgonzola, sia per una sostanza che per l'altra.

Grafico 9.14. Utilizzatori di cannabis: distribuzione percentuale delle prestazioni effettuate per tipologia di intervento e servizio. Anno 2006.



Elaborazione su dati Osservatorio Territoriale Droga e Tossicodipendenze-ASL MI2

L'analisi per i consumatori di cannabis è limitata ai tre SerT; visto che nel Carcere di Opera questa tipologia di utenza non è presente. Qui la variabilità appare maggiore rispetto agli utenti in carico per altre sostanze d'abuso primario, anche se nei singoli servizi, l'attività prevalente è sempre quella relativa alla refertazione ed alla prescrizione: gli esami sono molto rappresentati a Vizzolo (ove compare anche la psicoterapia), le relazioni a Rozzano l'attività telefonica e le visite a Gorgonzola.

Trattandosi di soggetti spesso segnalati, come detto, è naturale la prevalenza delle attività da referto; meno spiegabile la variabilità sulle altre categorie di prestazione: ad esempio, l'approccio sulla valutazione tossicologica dei soggetti appare notevolmente differente da SerT a SerT come se vi fosse una sottostante diversa filosofia di intervento.

Rispetto allo scorso anno, le differenze tra le UO nelle modalità di erogazione delle prestazioni a soggetti con uguale sostanza d'abuso sono diminuite. Permangono alcune differenze forse ancora legate a modalità organizzative non ancora prese in considerazione dal Coordinamento, o forse, come già ipotizzato lo scorso anno, che forse hanno a che fare con la composizione del personale presente nelle singole sedi (ad esempio, la quota maggiore di personale sanitario a Gorgonzola potrebbe determinare

la maggiore quantità di visite) e con i vincoli normativi posti per il suo avvicinamento.

Un'ultima considerazione riguarda la descrizione della gravità dei soggetti e delle diagnosi aggiuntive che li caratterizzano, specialmente quelle psichiatriche. Infatti, è probabile che uguali tipologie di prestazioni caratterizzino soggetti con simile gravità o simile nosografia piuttosto che uguale sostanza d'abuso. Pertanto potrebbero essere questi aspetti a giustificare le differenze tra UO.

Nella prossima relazione, in seguito all'introduzione nei servizi di una scala di misurazione della gravità e degli esiti e in seguito ad un miglioramento della qualità del dato, probabilmente sarà possibile condurre anche questo tipo di analisi.

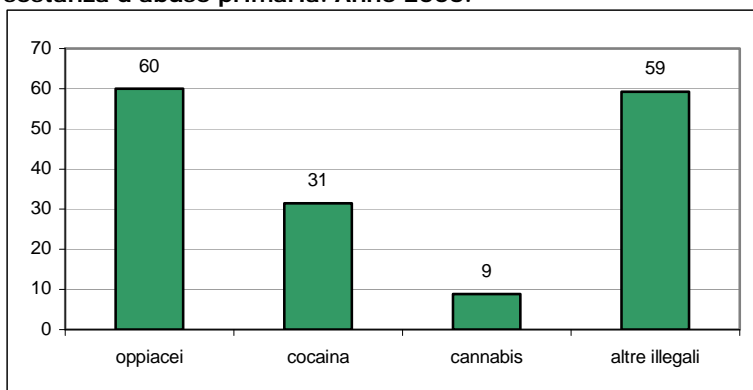
9.3.1 Volume medio di prestazioni per utente e ricavi medi

Mediamente ciascun soggetto in carico alle UO SerT ha ricevuto poco più di 38 prestazioni nel corso dell'anno, tale dato risulta poco rappresentativo del fenomeno se si considera che il numero di prestazioni va da un minimo di una prestazione per soggetto fino ad arrivare ad un massimo di oltre 400 prestazioni. Infatti, il 5% dei soggetti ha effettuato una sola prestazione, il 25% ne ha effettuato al massimo 4, il 50% dei soggetti ha ottenuto fino a 15 prestazioni; i soggetti che hanno ricevuto 60 o più prestazioni rappresentano un altro 25% e una quota pari al 5% risulta avere ricevuto 122 o più prestazioni ciascuno.

Il dato risulta sensibilmente diverso disaggregando l'utenza in base alla sostanza d'abuso primaria: sono gli utilizzatori di oppiacei e di altre sostanze illegali (una minoranza dei soggetti in trattamento) quelli che necessitano di un numero maggiore di prestazioni, circa 60 prestazioni per soggetto. Si tratta di soggetti, va ricordato, che vengono sottoposti regolarmente e frequentemente ad esami tossicologici, in virtù delle terapie farmacologiche che ricevono e per i quali spesso vengono redatte certificazioni che accompagnano gli affidi domiciliari del farmaco prescritto.

Il numero medio di prestazioni effettuate dagli utilizzatori di cocaina è molto minore, circa 31 interventi, e il dato scende ulteriormente per quanto riguarda gli utilizzatori di cannabis (mediamente 9 prestazioni per utente).

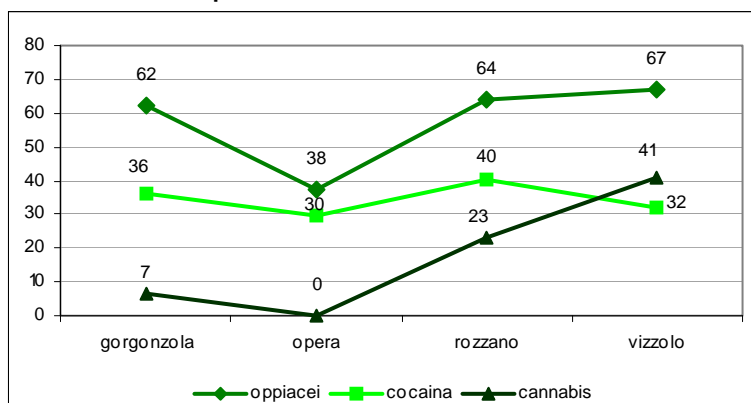
Grafico 9.15. Numero medio di prestazioni (valore medio per singolo soggetto) per sostanza d'abuso primaria. Anno 2006.



Elaborazione su dati Osservatorio Territoriale Droga e Tossicodipendenze-ASL M12

Se disaggregiamo ulteriormente l'utenza anche in base al servizio in cui si effettua l'intervento si osserva che il numero di prestazioni effettuate dagli utilizzatori delle diverse sostanze varia sensibilmente. Evidente è la differenza tra i soggetti trattati nel carcere di Opera perché, in questo tipo di servizio, come già accennato, sono effettuate essenzialmente solo alcune tipologie di prestazioni e generalmente anche il loro volume è ridotto rispetto a quanto si rileva nei restanti servizi.

Grafico 9.16. Numero medio di prestazioni (valore medio per singolo soggetto) per sostanza d'abuso primaria e servizio. Anno 2006.



Elaborazione su dati Osservatorio Territoriale Droga e Tossicodipendenze-ASL MI2

Mentre per i soggetti abusatori di oppiacei e cocaina le differenze tra servizi sembrano essere contenute, gli utilizzatori di cannabis ricevono in media molte meno prestazioni rispetto a Rozzano e specialmente rispetto a Vizzolo, ma anche tra Vizzolo e Rozzano la differenza è considerevole. Differenza tra l'altro evidente anche nella descrizione delle tipologie di prestazioni fornite a questi utenti (Grafico 9.14).

Tabella 9.3. Indici descrittivi (in euro) della distribuzione dei ricavi medi per soggetto e dei ricavi medi per singola prestazione. Anno 2006.

	Ricavo medio per soggetto in euro	Ricavo medio per singola prestazione in euro
Valore medio	537.11	22.74
Valore minimo	0.86	0.85
Valore massimo	14000.51	87.80
Primo quartile (25%)	114.14	12.52
Secondo quartile (50%)	310.44	20.55
Terzo quartile (75%)	777.43	33.21

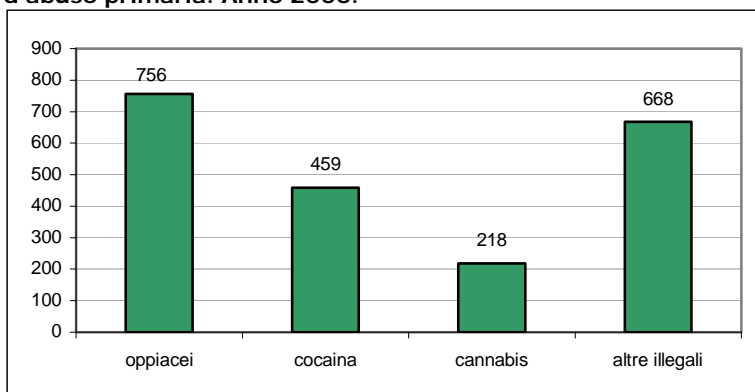
Elaborazione su dati Osservatorio Territoriale Droga e Tossicodipendenze-ASL MI2

La distribuzione dei ricavi medi ottenuti per ciascun soggetto, distintamente per sostanza d'abuso primaria utilizzata, mostra un andamento simile a quanto rilevato per il volume medio di prestazioni, ovvero, gli utilizzatori di oppiacei e altre sostanze illegali per i quali si riscontra un numero di prestazioni pro capite più elevato, apportano ai servizi maggiori ricavi (rispettivamente 756 euro e 668 euro per soggetto).

Se i consumatori di cocaina ricevono generalmente un volume medio di prestazioni pari alla metà di quello ricevuto dagli utilizzatori di oppiacei e altre sostanze illegali, i ricavi che questi soggetti comportano per i servizi (circa 459 euro) sono del 39% inferiori a quelli apportati dagli utilizzatori di oppiacei e del 30% inferiori rispetto a quelli degli utilizzatori di altre sostanze illegali.

Generalmente i ricavi medi più bassi si ottengono invece dagli utilizzatori di cannabis, ognuno dei quali apporta al servizio presso cui è trattato mediamente 218 euro.

Grafico 9.17. Ricavo medio in euro (valore medio per singolo soggetto) per sostanza d'abuso primaria. Anno 2006.

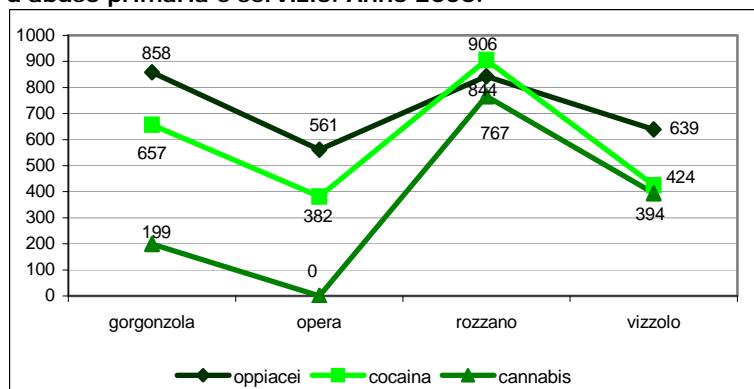


Elaborazione su dati Osservatorio Territoriale Droga e Tossicodipendenze-ASL MI2

L'andamento individuato a livello generale per cui, seppur in proporzione diversa, a maggior numero di prestazioni effettuate corrisponde un maggiore ricavo non si rileva analizzando la situazione dei singoli servizi. Considerando per esempio gli utilizzatori di oppiacei si osserva che a Vizzolo pur essendo sottoposti a un numero di prestazioni quasi doppio rispetto a quello ricevuto dagli stessi utilizzatori nel carcere di Opera, il ricavo medio che ognuno di questi soggetti apporta la SerT di Vizzolo si aggira attorno ai 639 euro ed è solo del 12% inferiore a quello ottenuto presso il carcere.

Maggiori incongruenze si rilevano per quanto riguarda gli utilizzatori di cocaina ed esemplare è il confronto tra il SerT di Vizzolo e quello di Rozzano: in quest'ultimo servizio un utilizzatore di cocaina riceve mediamente il 27% in più di prestazioni, ma il guadagno che questo fa ottenere al servizio è più che doppio rispetto a quello che lo stesso tipo di utilizzatore apporta a Vizzolo.

Grafico 9.18. Ricavo medio in euro (valore medio per singolo soggetto) per sostanza d'abuso primaria e servizio. Anno 2006.

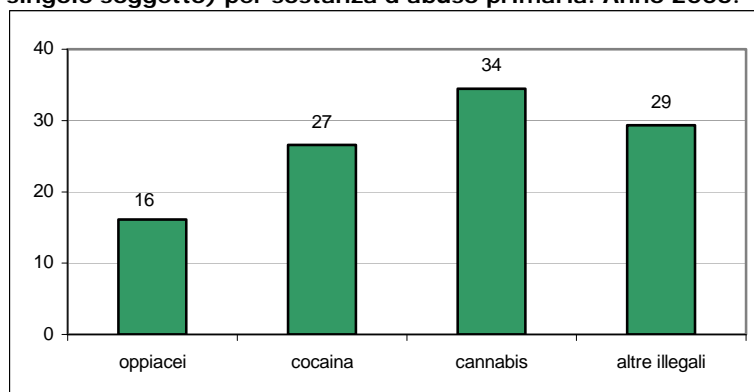


Elaborazione su dati Osservatorio Territoriale Droga e Tossicodipendenze-ASL MI2

Prima di analizzare i dati per singolo servizio è comunque interessante sottolineare la diversità tra il ricavo medio della singola prestazione erogata agli utilizzatori delle diverse tipologie di sostanze.

Mediamente sono gli utilizzatori di cannabis quelli che hanno ricevuto prestazioni maggiormente costose, circa 34 euro, analogo è il dato relativo agli utilizzatori di cocaina e altre illegali (rispettivamente 27 euro e 29 euro per singola prestazione) mentre gli utilizzatori di oppiacei sono i soggetti che ricevono prestazioni con il minor ricavo medio per singolo intervento (16 euro).

Grafico 9.19. Ricavo medio in euro di una singola prestazione (valore medio per singolo soggetto) per sostanza d'abuso primaria. Anno 2006.



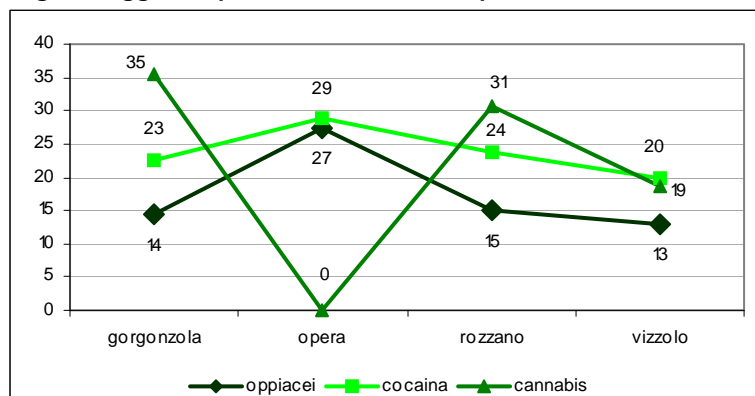
Elaborazione su dati Osservatorio Territoriale Droga e Tossicodipendenze-ASL MI2

Distinguendo l'utenza anche per servizio in cui si effettua la prestazione si osserva che per gli utilizzatori di cannabis il ricavo medio della singola prestazione va dai 35 euro a Gorgonzola, ai 31 di Rozzano per scendere fino a 19 euro nel SerT di Vizzolo.

Meno variabile risulta l'andamento del ricavo delle prestazioni per gli utilizzatori di cocaina, si passa da 29 euro di ricavo medio nel carcere di Opera ai 23 e 24 euro di Gorgonzola e Rozzano fino ad arrivare ad un ricavo medio di 20 euro a Vizzolo.

Per quanto riguarda gli utilizzatori di cocaina solo Opera fa rilevare un ricavo medio molto più elevato rispetto agli altri servizi che si mostrano sostanzialmente allineati.

Grafico 9.20. Ricavo medio in euro di una singola prestazione (valore medio per singolo soggetto) per sostanza d'abuso primaria e servizio. Anno 2006.



Elaborazione su dati Osservatorio Territoriale Droga e Tossicodipendenze-ASL MI2

9.4 ANALISI DEI CLUSTER

Quanto osservato nelle precedenti analisi ha messo in evidenza che la differenza nelle prestazioni, sia per quanto riguarda il loro volume, sia per quello che concerne i ricavi che comportano, non può essere spiegata alla luce di un solo fattore (per esempio il tipo di sostanza utilizzata dall'utente) ma deve essere valutata alla luce di un quadro più complesso delle caratteristiche dell'utenza.

Per fornire una visione generale è stata quindi condotta una *cluster analysis*, nella quale sono state considerate caratteristiche anagrafiche dell'utenza (*età e sesso*), *sostanza primaria* utilizzata, *presenza all'interno del servizio* e le informazioni disponibili relative alla prestazioni (*volume medio per soggetto, ricavo medio per soggetto, ricavo medio per singola prestazione e tipologia di intervento*, intesa come tipo di prestazioni erogate).

L'analisi effettuata ha portato all'individuazione di quattro gruppi corrispondenti a diverse tipologie di utente (in relazione sia a caratteristiche demografiche che a fattori legati all'utilizzo di sostanze) che apportano una differente mole di ricavi e che sono sottoposti a un numero di prestazioni variabile.

L'andamento dei ricavi appare legato sia alla sostanza utilizzata sia all'età e, di conseguenza anche alla presenza all'interno del servizio.

A livello generale risulta che gli utilizzatori di oppiacei o i consumatori di cocaina con un'età media relativamente bassa, già in carico ai servizi, apportano maggiori ricavi alle strutture perché, pur essendo sottoposti a prestazioni con un costo medio piuttosto basso, il numero di prestazioni che hanno ricevuto è molto elevato.

Tabella 9.4. Valori descrittivi dei gruppi individuati attraverso la cluster analysis. Anno 2006.

CLUSTER		1	2	3	4
Sostanza Primaria	oppiacei	26%	38%	19%	68%
	cocaina	71%	50%	47%	30%
	cannabis	1%	11%	33%	1%
Età Media		44	29	26	40
Numero Medio di Prestazioni		10	61	16	76
Ricavo Medio per Soggetto		205	1070	265	895
Ricavo Medio per Soggetto e Singola Prestazione		29	22	29	15
Tipo di Prestazione	att.telefonica	12%	0	4%	0
	int.psicoterapeutici	0	13%	0	1%
	conduzione di gruppo	0	9%	0	0
	relazioni e prescrizioni	6%	0	7%	1%
	visite coll.acc. fuori sede	31%	0	16%	10%
	visite	42%	0	45%	21%
	test psic.	0	30%	0	0
	esami clinici	0	47%	2%	36%
	colloqui	8%	0	26%	31%
Presenza nel Servizio	già in carico	58%	61%	37%	87%
	nuovi utenti	43%	39%	63%	13%
Sesso	maschi	94%	88%	94%	89%
	femmine	6%	12%	6%	11%

Elaborazione su dati Osservatorio Territoriale Droga e Tossicodipendenze-ASL MI2

Al contrario i soggetti con età inferiore rispetto alla media, utilizzatori di cocaina e sconosciuti al servizio hanno ricevuto generalmente poche prestazioni ognuna delle quali però ha un costo medio molto elevato.

Gli anziani a basso regime di intervento

Analizzando nel dettaglio i quattro gruppi individuati con la *cluster analysis* si osserva un **primo gruppo** costituito per il 71% da utilizzatori di oppiacei e per un 26% da consumatori di cocaina, si tratta di soggetti tra i quali la proporzione di utenti già in carico e noti non è notevolmente diversa (rispettivamente 58% e 43%) e che hanno un'età media elevata, circa 44 anni, di 8 anni superiore al valore rilevato nei servizi; questi soggetti ricevono in media 10 prestazioni ciascuno, quindi pur essendo sottoposti a prestazioni con un costo medio per singolo intervento elevato (29 euro) apportano ai servizi un ricavo medio pro capite che è il più basso all'interno dei quattro gruppi individuati (205 euro). Il tipo di prestazioni che effettuano questi utenti sono soprattutto visite nella sede di trattamento (42%) o visite e colloqui fuori sede (32%).

I giovani a basso regime di intervento

Di poco maggiore (265 euro) è il ricavo medio ottenuto dai soggetti appartenenti a quello che è stato etichettato come **terzo gruppo**. Si tratta di utilizzatori soprattutto di cocaina (47%) e cannabis (33%), che hanno un'età media molto più bassa rispetto alla media generale (circa 26 anni) e sono essenzialmente soggetti che hanno effettuato nell'anno la prima domanda di trattamento. Anche questi utenti sono sottoposti a prestazioni con un costo medio elevato (29 euro) e il basso ricavo medio corrispondente a ciascuno di questi individui è giustificato dal fatto che mediamente ogni soggetto ha ricevuto 16 prestazioni nel corso dell'anno. Anche per questi soggetti la tipologia di prestazione ricevuta è rappresentata essenzialmente da visite in sede o fuori sede (61%) e colloqui (26%).

Gli anziani ad alto regime di intervento

Un altro gruppo di soggetti, **il quarto**, è rappresentato da utilizzatori principalmente di oppiacei (68%) e in misura minore cocaina (30%), che hanno un'età media pari a 40 anni e sono soprattutto soggetti già in carico nei servizi da anni precedenti. Sono questi utenti che richiedono il più alto numero di prestazioni pro capite (circa 76) e si tratta di prestazioni che hanno un costo ridotto (mediamente 15 euro) ma, l'elevato numero di interventi, fa sì che ognuno di questi individui apporti al servizio un ricavo medio pari circa 875 euro.

La tipologia di prestazioni cui sono sottoposti questi soggetti è sensibilmente differente rispetto a quanto rilevato nei gruppi prima descritti, il 31% degli utenti è sottoposto a colloqui, il 36% ha effettuato esami chimico clinici e un altro 31% ha effettuato visite nella sede di trattamento o fuori.

I giovani ad alto regime di intervento

Il gruppo di soggetti individuato che apporta il maggiore ricavo medio ai servizi è il **secondo**, costituito per il 50% da utilizzatori di cocaina e per il 38% da consumatori di oppiacei. Si tratta di soggetti con un'età media sensibilmente minore rispetto al valore generale, ma costituito per la

maggior parte da soggetti già in carico (61%). Il volume di prestazioni effettuate da questi utenti si aggira attorno una media di circa 61 prestazioni per soggetto, sensibilmente inferiore rispetto al dato rilevato nel gruppo precedente, e il costo medio della singola prestazione è pari a 22 euro. Una quota minima di questi utenti è sottoposta a colloqui o visite, mentre il 47% ha effettuato esami chimico clinici, il 30% test psicologici e un 18% di questi soggetti ha effettuato interventi psicologici individuali o conduzioni di gruppo.

Quindi mentre gli anziani eroinomani e cocainomani possono avere un alto o basso regime di intervento a seconda dell'intensità terapeutica a cui sono sottoposti, indipendentemente dal momento della presa in carico, sorprendentemente, i giovani appena entrati in cura, quindi quelli che dovrebbero sostenere prestazioni legate al loro inquadramento diagnostico, hanno invece meno intensità prestazionale rispetto a coloro che sono già in cura. Ciò si spiega probabilmente con il fatto che questi ultimi hanno una composizione per sostanze che comprende ben il 38% di eroinomani.

Per ottenere un quadro più completo, sarebbe stato sicuramente interessante poter effettuare l'analisi includendo altre variabili di notevole interesse, creare una sorta di indice di gravità del paziente che potrebbe essere legato ad eventuali diagnosi, alla pratica iniettiva, alla poliassunzione ecc., questo non è stato possibile per la presenza di molti dati mancanti relativi a queste variabili ma è auspicabile in futuro che si possa riuscire a completare l'analisi in questo senso.

10. IL MERCATO DELLA DROGA

10.1 Disponibilità ed offerta

10.1.1 Analisi dei consumi mediante questionario ai pazienti

10.2 Operazioni antidroga

10.3 Prezzo e purezza

10. IL MERCATO DELLA DROGA

10.1 DISPONIBILITÀ E OFFERTA

Per quanto riguarda la disponibilità e l'offerta delle droghe sul territorio dell'ASL MI2 la sostanza associata maggiormente all'offerta risulta essere la cannabis, seguita dalla cocaina e l'eroina.

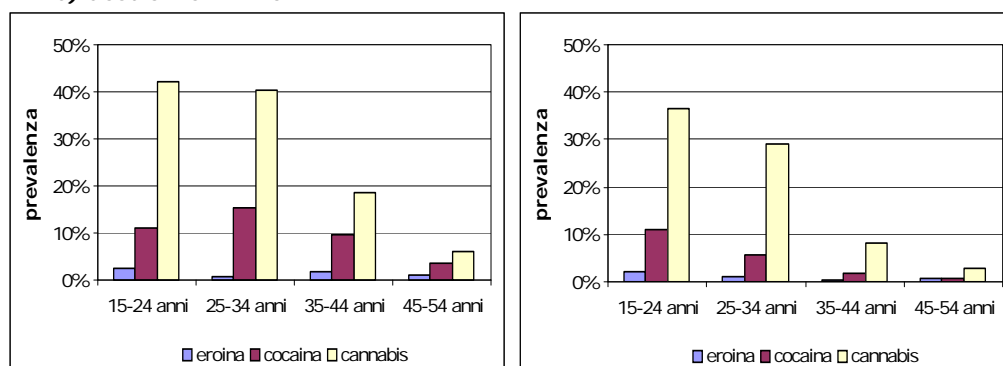
Il 40% dei maschi tra i 15 e 34 anni afferma di avere la possibilità di reperire cannabis, contro il 36% delle femmine tra i 15 e i 24 anni e il 29% delle 25-34enni.

Nella stessa classe di età sono circa il 15% dei maschi e circa il 10% delle femmine ad avere l'opportunità di rintracciare cocaina, mentre l'offerta di eroina viene segnalata intorno al 2% per entrambi i generi della classe d'età 25-34 anni.

All'aumentare dell'età la disponibilità delle sostanze sembra diminuire, per la cannabis risultano circa il 20% dei maschi e l'8% delle femmine tra i 35 e i 44 anni, mentre la possibilità di reperire cocaina ed eroina scende al di sotto del 10% per entrambi i generi. Sia per i maschi che per le femmine 45-54enni è la cannabis la sostanza che fa rilevare una maggior reperibilità (maschi 6,2%; femmine 3%), mentre, per le altre sostanze, l'offerta risulta tra l'1,5 e il 3%.

Grafico 10.1. Distribuzione della prevalenza dell'offerta di eroina, cocaina e cannabis nella popolazione residente, articolata per sesso e classi d'età.

a) sinistra: maschi;
b) destra: femmine.



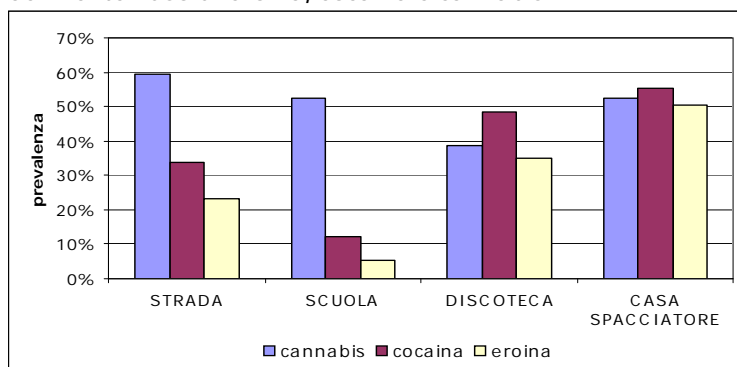
Elaborazione sui dati IPSAD-Italia©2005-2006

Per gli studenti dell'ASL MI2 la cannabis è la sostanza che viene maggiormente reperita in strada (60%), a scuola o a casa dello spacciatore (52%).

Risulta più facile reperire la cocaina dallo spacciatore (52%) o in discoteca (48%), che riuscire a trovarla in strada (12%) o a scuola (33%).

L'eroina oltre che facilmente rintracciabile a casa dello spacciatore (54%), può essere acquistata in discoteca (48%), in strada (33%) e nell'ambiente scolastico (11%).

Grafico 10.2. Prevalenza di studenti che riferiscono in quali luoghi si può riferire facilmente l'uso di eroina, cocaina e cannabis.



Elaborazione sui dati ESPAD-Italia@2006

10.1.1 Analisi dei consumi mediante questionario ai pazienti

Al fine di poter raccogliere informazioni relative al mercato della droga si è deciso di interpellare direttamente i consumatori di sostanze che accedono quotidianamente presso le UO SerT del Dipartimento ASL MI2. Lo strumento scelto per la raccolta dei dati è un questionario (Grafico 10.3) semistrutturato facoltativo ed anonimo che ci ha permesso di raccogliere alcune informazioni in merito alle sostanze utilizzate al loro costo e alla loro qualità. Si è inoltre scelto di indagare i luoghi abituali dell'acquisto delle sostanze senza entrare troppo nello specifico ritenendo che tale domanda potesse essere deterrente ad una risposta corretta.

Grafico 10.3. Questionario somministrato ai pazienti.

Questionario da somministrare ai pazienti per la rilevazione sul mercato della droga.

Quale sostanza hai consumato l'ultima volta? _____

In che quantità? _____

Quanto hai speso per acquistarla? _____

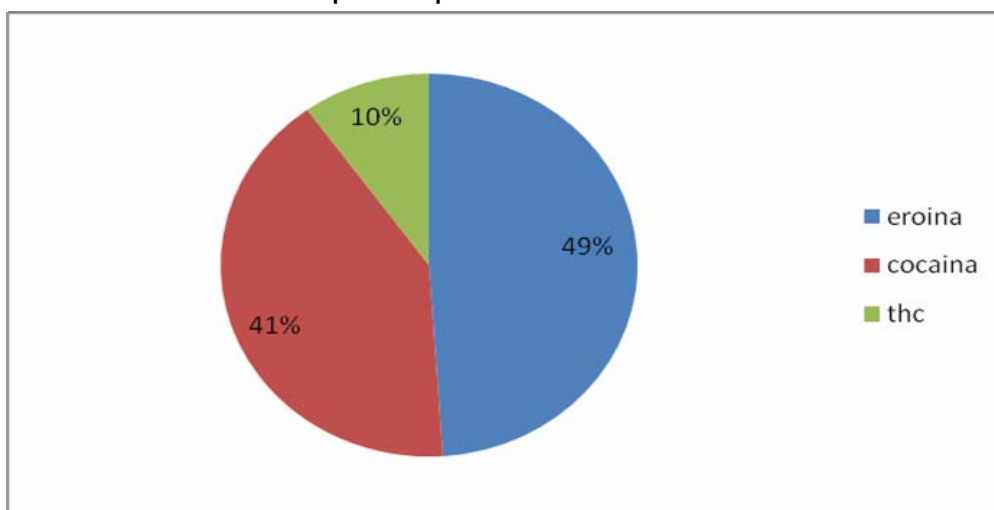
Indica con un numero da 1 a 10 il livello di qualità della sostanza: _____

Dove l'hai acquistata? (indica una delle seguenti opzioni)

- ☐ Nel tuo comune di residenza
- ☐ In un comune limitrofo a quello di residenza
- ☐ In Milano
- ☐ Altro

Dai dati rilevati attraverso la somministrazione del questionario al quale ha risposto poco più del 10% dei pazienti in carico presso le nostre sedi è emerso che il 49% degli stessi utilizza eroina, il 41% cocaina e il 10% cannabinoidi (Grafico 10.4).

Grafico 10.4. Distribuzione pazienti per sostanza d'abuso.



Il quantitativo medio utilizzato risulta pari ad 1 grammo per le tre sostanze rilevate.

sostanza d'abuso	eroina	cocaina	cannabis
quantitativo medio in gr.	1	1,01	1,03

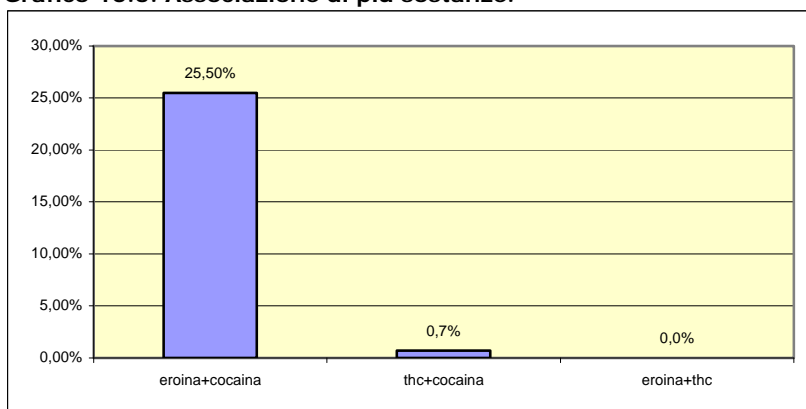
Mentre varia il costo medio per sostanza che risulta pari a 41 euro per l'eroina, 67 euro per la cocaina e 10 euro per il cannabis.

sostanza d'abuso	eroina	cocaina	cannabis
costo medio in euro	40,7	67	10

Colpisce la diminuzione del prezzo riferito per la cocaina, dato peraltro ampiamente riportato da varie fonti. Il prezzo della eroina subisce peraltro variazioni anche locali (da paese a paese), con prezzi quasi "promozionali" riportati dai pazienti, che hanno lo scopo evidente di allargare il mercato di questa sostanza.

Dal questionario è stato inoltre possibile rilevare che nel 26,2% dei casi i pazienti utilizzano più di una sostanza e nello specifico associano eroina e cocaina nel 25,5% dei casi e solo in 1 caso cannabis e cocaina (pari allo 0,7% dei casi); non risulta invece l'associazione eroina e cannabis. (Grafico 10.5).

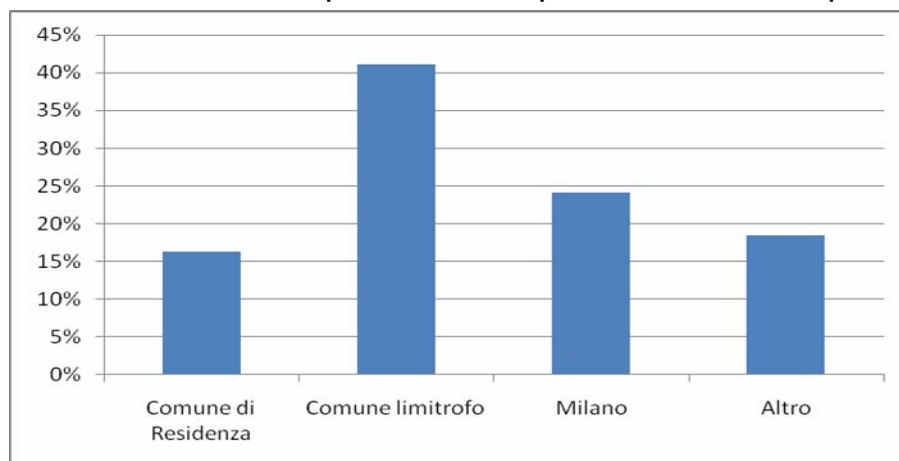
Grafico 10.5. Associazione di più sostanze.



Nel questionario veniva inoltre richiesto ai pazienti di indicare il territorio presso cui avevano acquistato la sostanza l'ultima volta che avevano consumato restringendo la risposta a quattro ipotesi: comune di residenza, comune limitrofo, città di Milano, altro.

Dall'analisi dei dati emerge che il 41% dei soggetti acquista la sostanza in comuni limitrofi a quello di residenza, il 24% in Milano, il 18% in altri comuni mentre solo il 16% la acquista nel proprio comune di residenza (Grafico 10.6). Per acquistare la sostanza stupefacente utilizzata i ragazzi preferiscono allontanarsi dal luogo di residenza, o a causa dell'ubicazione del luogo di spaccio o molto più probabilmente per evitare di farsi riconoscere.

Grafico 10.6. Distribuzione per comune di acquisto della sostanza stupefacente.



Al fine di poter comprendere qual'era la percezione dei soggetti rispetto alla qualità della sostanza acquistata e consumata si è chiesto di esprimere un voto in una scala di valore da 1 a 10.

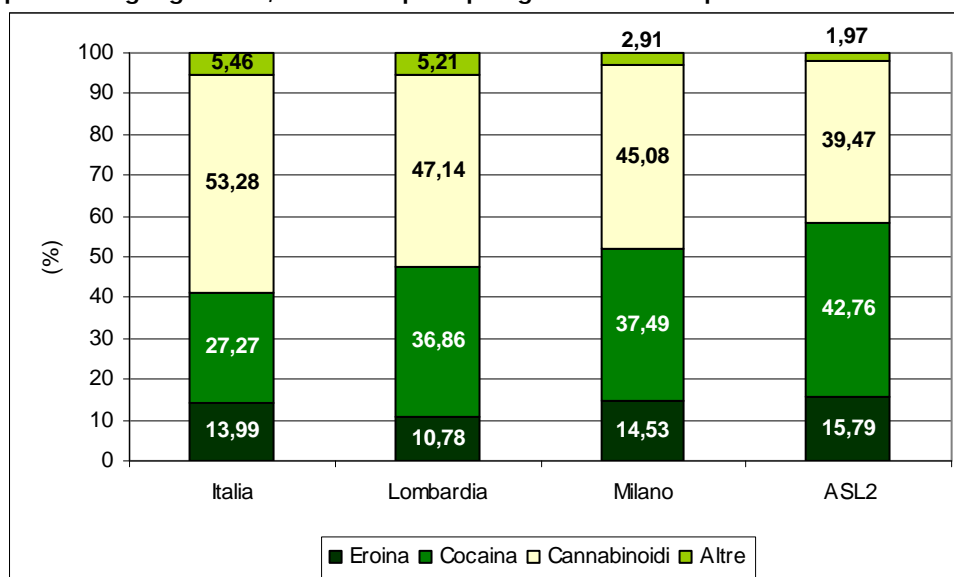
In media i soggetti hanno espresso un voto pari a 5, ma si evidenzia una significativa differenza se si considerano le singole sostanze d'abuso per cui emerge un giudizio positivo per quanto riguarda eroina e cannabis rispettivamente pari a 6 e 7 mentre per quanto riguarda la cocaina la qualità è stata valutata dai soggetti pari a 4.

10.2 OPERAZIONI ANTIDROGA

Nel 2006 le Forze dell'Ordine (FFOO) hanno effettuato 20.580 interventi sul territorio nazionale, 3.638 in Lombardia, 1.519 nella provincia di Milano di cui 131 nei comuni dell'area di competenza della ASL MI2.

Come già evidenziato nel 2005, nelle aree lombarde le quote di interventi volti al contrasto del traffico di cocaina risultano superiori a quella nazionale (Grafico 10.7): si passa, infatti, da poco più del 27% in Italia a quasi il 43% nei comuni afferenti alla ASL¹. In modo sostanzialmente complementare, passando dal livello nazionale a quello locale si osserva una progressiva diminuzione delle operazioni che hanno portato all'intercettazione di cannabis e derivati la cui quota passa da circa il 53% in Italia a poco più del 39% nell'area di competenza dell'Azienda Sanitaria.

Grafico 10.7. Distribuzione percentuale delle operazioni effettuate nelle diverse partizioni geografiche, suddivise per tipologia di sostanza psicoattiva intercettata.



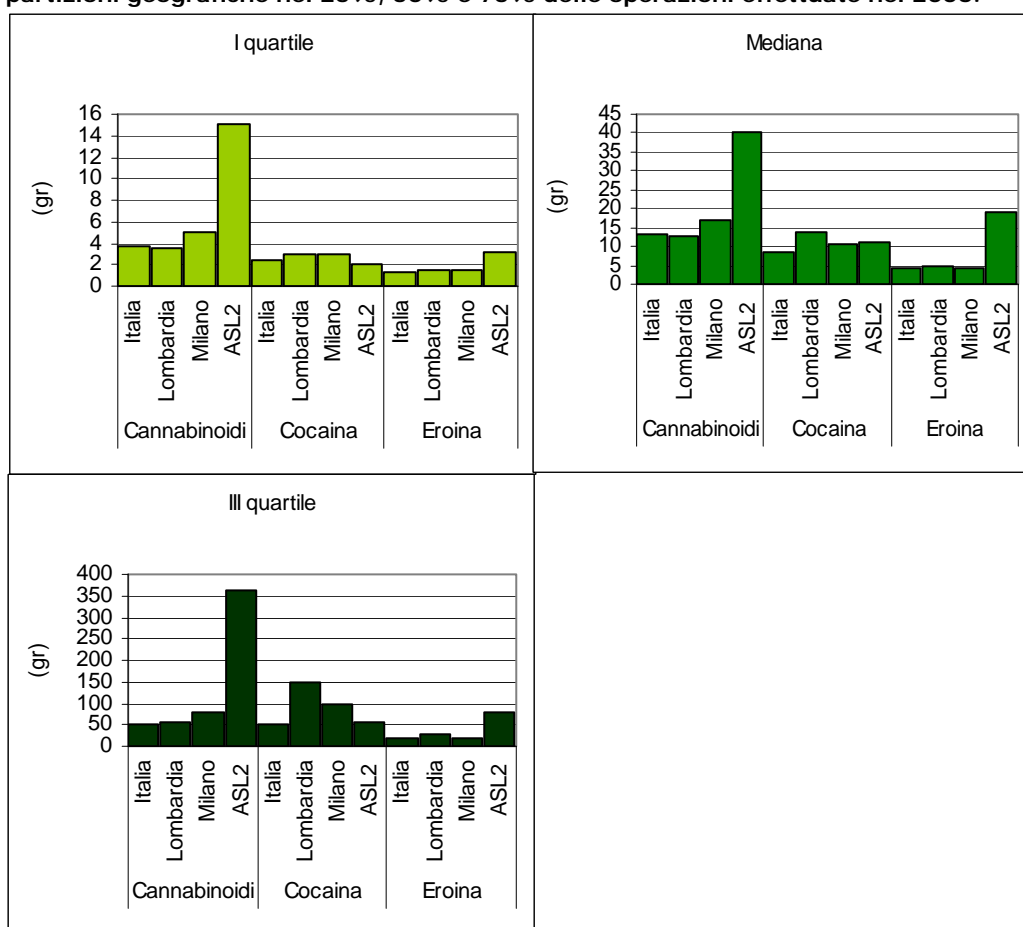
Elaborazione su dati del Ministero dell'Interno – DCSA

In Italia sono stati intercettati in media 700 gr di cocaina per operazione, valore che si approssima a 900 in Lombardia e nella ASL MI2, e scende a circa 600 nella provincia di Milano.

¹ Le operazioni in cui è stata sequestrata o rinvenuta più di una sostanza, sono state considerate più volte, una per ogni sostanza.

Nella metà degli interventi condotti sul territorio nazionale, comunque, non sono stati intercettati più di 8,3 gr di sostanza, valore che risulta più elevato in tutte le aree lombarde (circa 14 in Lombardia, 10,5 ed 11 rispettivamente a Milano e nella ASL MI2). Più alti rispetto al valore nazionale risultano anche i quantitativi di eroina e cannabinoidi sequestrati e rinvenuti nei comuni afferenti alla ASL: se nel 50% delle operazioni condotte in Italia, sono stati intercettati fino a circa 13 gr di hashish e marijuana e 5 gr di eroina, la metà degli interventi effettuati nell'area ASL MI2 ha portato a sequestrare e rinvenire sino a 40 gr di cannabinoidi e quasi 19 gr di eroina (Grafico 10.8).

Grafico 10.8. Distribuzione dei quantitativi di sostanze intercettate nelle diverse partizioni geografiche nel 25%, 50% e 75% delle operazioni effettuate nel 2006.



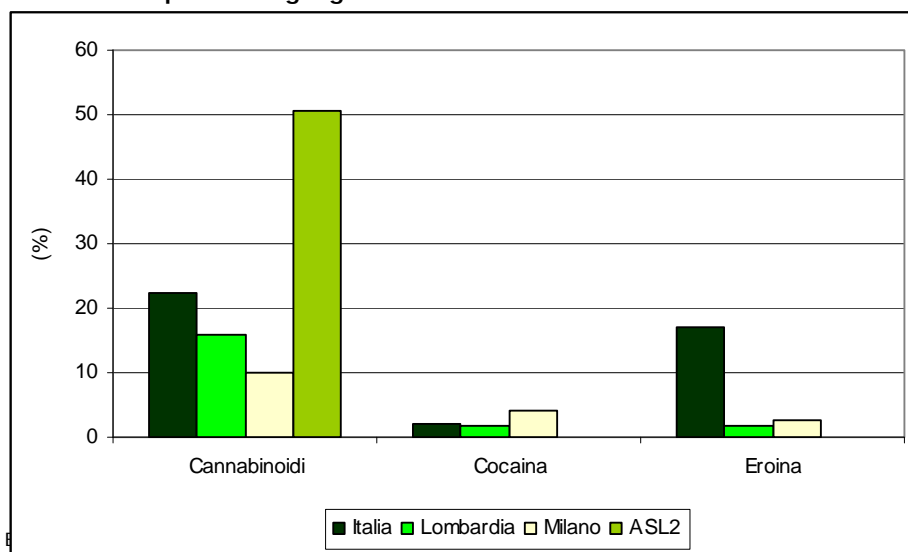
Elaborazione su dati del Ministero dell'Interno – DCSA

10.3 PREZZO E PUREZZA

In Italia è stato analizzato circa il 22% dei quantitativi di cannabinoidi intercettati, quota che scende a circa il 16% ed il 10% rispettivamente in Lombardia ed a Milano, e risale al 50% nei comuni della ASL MI2, dove risultano le uniche sostanze analizzate.

Variabili risultano anche i quantitativi di cocaina ed eroina analizzati: circa il 2% in Italia ed in Lombardia, il 4% nella provincia di Milano per la prima sostanza, circa il 17%, il 2% ed il 3% per la seconda (Grafico 10.9).

Grafico 10.9. Distribuzione della percentuale di quantitativi analizzati dalle FFOO nelle diverse partizioni geografiche.

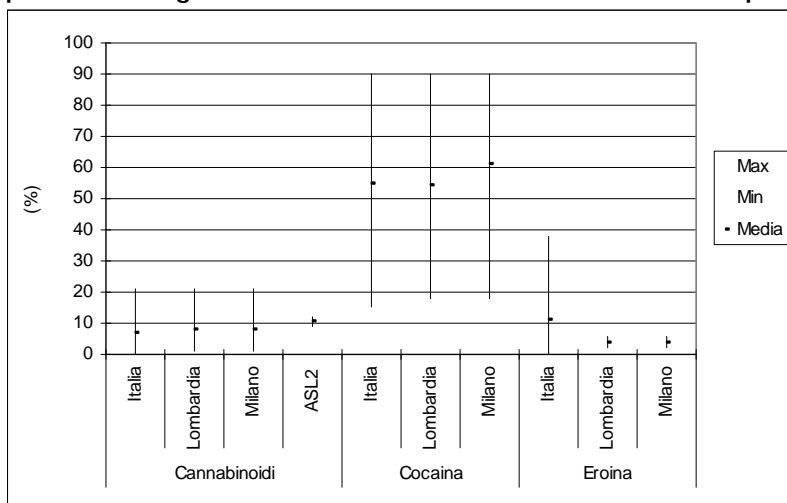


Tali differenze, insieme alla disomogeneità della tipologia dei campioni analizzati, possono in parte spiegare le variazioni nei livelli medi di purezza delle diverse sostanze intercettate nelle differenti partizioni geografiche.

Nello specifico, passando dal livello nazionale a quello locale, la percentuale media di principio attivo rintracciata nei campioni di hashish e marijuana analizzati varia tra il 7% ed il 10% con oscillazioni relativamente contenute.

Più elevata risulta anche la percentuale di principio attivo presente nei campioni di cocaina analizzati a Milano, la cui media si assesta a circa il 61% contro il 54% rilevato in Italia ed in Lombardia, ma per cui si osservano oscillazioni che vanno da circa il 20% al 90%. Inferiore al valore nazionale risulta il livello di purezza medio presente nell'eroina che scende a circa il 4% in Lombardia ed a Milano contro circa l'11% rilevato a livello nazionale (Grafico 10.10).

Grafico 10.10. Variabilità nella quantità di principio attivo riscontrato nelle sostanze psicoattive illegali rinvenute dalle FFOO nel 2006 nelle diverse partizioni geografiche.



Elaborazione su dati del Ministero dell'Interno – DCSA